

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

SARA GONÇALVES LUIZ

PARA REPENSAR AS PRÁTICAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

VITÓRIA
2016

SARA GONÇALVES LUIZ

PARA REPENSAR AS PRÁTICAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello Araujo.

VITÓRIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

Luiz, Sara Gonçalves, 1980 -
L952p Para repensar as práticas dos conselhos de saúde / Sara
Gonçalves Luiz – 2016.
96 f.

Orientador: Maristela Dalbello Araujo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Participação Social. 2. Conselhos de Saúde. 3. Sistema Único
de Saúde. 4. Poder. 5. Potência. I. Araujo, Maristela Dalbello. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde.
III. Título.

CDU: 614

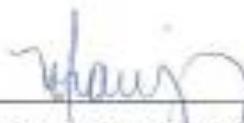
SARA GONÇALVES LUIZ

PARA REPENSAR AS PRÁTICAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 16 junho de 2016

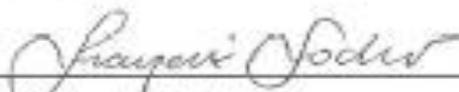
COMISSÃO EXAMINADORA



Profª. Drª. Maristela Dalbello Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientadora



Profª. Drª. Alexandra Iglesias
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro externo



Profª. Drª. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

Ao meu esposo Fabiano, por todo amor,
compreensão, apoio e incentivo a cada passo
desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela fé e perseverança para vencer obstáculos, inspirando-me, acolhendo-me e renovando-me a cada passo desta caminhada.

Agradeço à minha amada família, meu porto seguro. Aos meus pais, Maria Rosa e Juarez, por estarem sempre ao meu lado ensinando-me, amando-me e contribuindo para realização dos meus sonhos. Aos meus irmãos, Ivone e Saulo, pelo amor fraternal incondicional e pelo incentivo tão presente. Amo vocês!

Agradeço ao Fabiano, meu esposo e grande companheiro! Agradeço pelo colo, por todo amor, pela compreensão, pelo cuidado, pelo apoio e incentivo a cada passo desta caminhada. Por entender minhas ausências e confiar em mim mesmo nos momentos em que eu buscava a minha própria confiança. Obrigada meu amor por encorajar-me sempre. Amo-te muito!

Agradeço à minha orientadora Profa. Dr^a. Maristela Dalbello Araujo e também a Ms. Bruna Ceruti Quintanilha, que com sabedoria e afeto acolheram minhas inquietações na construção deste trabalho. Vocês são muito especiais para mim! Agradeço pela competência, pelo respeito, pela confiança, pela amizade, pelo carinho, pela paciência e pelas tentativas incansáveis de me fazerem refletir, criar, recriar, começar e recomeçar. Admiro vocês demais! Guardarei no coração todos os ensinamentos e levarei para a vida a preciosidade da parceria que construímos juntas!

Agradeço aos companheiros (as) do Grupo de Estudos do Trabalho em Saúde (GEMTES)! Obrigada pelo acolhimento aos meus questionamentos, angústias e desejos, pelos encontros, pelos desencontros, pelos debates e pelas críticas. Levarei para muito além deste trabalho as amizades conquistadas e as trocas realizadas!

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), aos demais funcionários e em especial a minha turma de mestrado 2014, obrigada pelo carinho e incentivo de sempre, quantas recordações, guardarei com carinho os momentos inesquecíveis que passamos juntos!

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde de Vitória, Espírito Santo (ES), por permitirem a realização desse trabalho e por todas as informações prontamente cedidas.

Agradeço aos colegas e amigos de trabalho do Departamento de Educação Integrada em Saúde da UFES, do ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes e do Centro de Investigação ELSA por me apoiarem e me incentivarem tanto!

Obrigada a todos, sem o apoio de vocês nada disso seria possível!

“Não desistir, nem desanimar da luta. Tenho certeza de que se lutássemos só por nós, já teríamos desistido por desânimo, frouxidão e estafa física, mental e moral. O que nos mantém alertas, de pé e em estado permanente de luta, é o peso de ter consciência que lutamos por nós e, solidariamente, pelos muitos que ainda não sabem ou não podem lutar, desta e de gerações futuras.”

Gilson Carvalho

RESUMO

LUIZ, S. G. **Para repensar as práticas dos conselhos de saúde.** Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016, 96p.

Este estudo analisou as práticas dos conselhos de saúde frente aos desafios impostos à participação social com foco na potência, tomando como referência a abordagem teórico-metodológica qualitativa. Os dados desta pesquisa foram produzidos em sete conselhos do município de Vitória, Espírito Santo, mediante o emprego de três técnicas: 1. Análise documental das atas e regimentos internos dos conselhos; 2. Observação sistemática das plenárias dos conselhos, da 9ª Conferência Municipal de Saúde e do processo eleitoral para conselheiros; 3. Entrevista individual em profundidade com conselheiros de saúde e outros membros da comunidade. A análise dos dados foi realizada de forma global, com base nos pressupostos da análise de conteúdo temática que norteou as relações estabelecidas entre as referências teóricas do estudo e as unidades emergentes do material produzido, bem como, as relações entre as unidades emergentes e os objetivos da pesquisa, das quais surgiram os três grandes eixos de análise discutidos neste estudo: as relações de poder presentes nos conselhos de saúde; a manifestação da potência nos conselhos de saúde e os limites às manifestações de potência nos conselhos de saúde. Constatou-se que a potência é uma força provisória e criativa proveniente das relações de poder existentes nas práticas desses colegiados, que pôde ser observada, especialmente, nos conselhos locais desta capital, se manifestando de diversas formas, tais como: autonomia dos membros dos conselhos; cogestão; democratização da informação; estabelecimento de redes participativas; legitimidade representativa; diversidade de movimentos e entidades sendo representados; sentimento de pertencimento ao SUS; amadurecimento político dos atores; desenvolvimento de uma cultura participativa; motivação coletiva; publicização das ações dos conselhos; ênfase na educação continuada, bem como, na educação permanente voltadas para conselheiros, e ainda, movimentos de resistências contra os agenciamentos de poder, dentre outros. Verificou-se também, muitos desafios permeando o cotidiano desses colegiados, dentre eles, as formas autoritárias e tradicionais de gestão; as dificuldades do desenho institucional e organizacional dos conselhos; a incipiência na transparência e publicização das ações desses espaços; a desinformação dos atores envolvidos no processo participativo, dentre outros, que precisam ser sobrepujados, caso contrário, podem implicar na deslegitimação desses mecanismos institucionais de participação.

Palavras: Participação Social; Conselhos de Saúde; Sistema Único de Saúde Poder; Potência.

ABSTRACT

LUIZ, S. G. To rethink the practices of health advice. Master's thesis (Public Health) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2016 96p.

This study analyzed the practices of health councils face the challenges to social participation with a focus on power, with reference to the qualitative theoretical and methodological approach. Data from this study were produced in seven councils in the city of Vitória, Espírito Santo, through the use of three techniques: 1. Desk review of the minutes and internal regulations of the councils; 2. Systematic observation of the plenary of the councils, the 9th Municipal Health Conference and the election process for directors; 3. Individual interview in depth with health counselors and other community members. Data analysis was carried out globally, based on the assumptions of the thematic content analysis that guided the relations between the theoretical references of the study and the emerging units of the material produced, as well as the relations between the emerging units and objectives research, which emerged three main areas of analysis discussed in this study: the power relations in health councils; the power of manifestation in the health councils and limits the power of demonstrations in the health councils. It was found that power is a provisional and creative force from the power relations existing in the practices of these boards, which could be observed, especially in the local councils of the capital, manifesting itself in various ways, such as independence of board members ; co-management; democratization of information; establishment of participatory networks; representative legitimacy; diverse movements and entities being represented; feeling of belonging to SUS; political maturity of the actors; development of a participatory culture; collective motivation; publicizing the actions of councils; emphasis on continuing education, as well as in continuing education aimed at directors and also resistance movements against the assemblages of power, among others. There was also many challenges permeating daily life of these boards, among them, the authoritarian and traditional forms of management; the difficulties of institutional and organizational design of the councils; the incipient transparency and publicity of the actions of these spaces; misinformation of the actors involved in the participatory process, among others, that need to be overcome, otherwise, may lead to the delegitimization of these institutional mechanisms for participation.

Keywords: Social Participation; Health Councils; Unified Health System; Power. Power rating.

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CS1	Conselheiro de Saúde um
CS2	Conselheiro de Saúde dois
CS3	Conselheiro de Saúde três
CS4	Conselheiro de Saúde quatro
CS5	Conselheiro de Saúde cinco
CS6	Conselheiro de Saúde seis
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EP	Educação Permanente
ES	Espírito Santo
ETSUS	Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde Professora Ângela Maria Campos da Silva
GEMTES	Grupo de Estudos do Trabalho em Saúde
LGBTTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE.....	16
1.2 AS PRÁTICAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	24
1.3 OS DESAFIOS IMPOSTOS À PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	33
1.4 A POTÊNCIA PRESENTE NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	37
2 OBJETIVOS.....	45
2.1 OBJETIVO GERAL.....	45
2.2 OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS.....	45
3 METODOLOGIA	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
4.1 AS RELAÇÕES DE PODER PRESENTES NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	53
4.2 A MANIFESTAÇÃO DA POTÊNCIA NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	56

4.3 OS LIMITES A MANIFESTAÇÃO DE POTÊNCIA NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE B- TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS.....	84
APÊNDICE C- ROTEIRO GUIA PARA A OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	86
APÊNDICE D - ROTEIRO GUIA PARA A ANÁLISE DOCUMENTAL	87
APÊNDICE E-ROTEIRO GUIA PARA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE.	88
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ES.....	89
ANEXO 2- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	90

APRESENTAÇÃO

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984, p. 13)

Esta dissertação vincula-se a área de concentração Política e Gestão em Saúde e à linha de pesquisa intitulada Políticas Públicas e Sistemas de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Meu interesse pelo tema nasceu há alguns anos, ainda na graduação. Durante esse período, tive a oportunidade de realizar um estágio extracurricular na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES, experiência que transformou minha formação acadêmica, bem como meu projeto de vida e abriu horizontes para a Saúde Coletiva, para o social e para a participação social no âmbito dos conselhos saúde. Foram sem dúvida, bons encontros!

Durante aquele estágio também tive a oportunidade de participar de diversas vivências envolvendo a temática participação social, tais como: projetos de pesquisa, capacitações, reuniões, discussões de equipe, plenárias de conselhos, de conferências municipais de saúde, ações de educação permanente voltadas para conselheiros de saúde, dentre outros. Foram momentos inesquecíveis, que trouxeram inquietações, frustrações, angústias e desejos que ainda perduram no meu caminhar pela vida e na trajetória acadêmica.

Diante disso, abordei o tema da participação social nos projetos de conclusão de curso da graduação em enfermagem e no curso de Especialização em Saúde Coletiva. No Mestrado, persisti nesse caminho. Nessa trajetória, não posso deixar de citar a importância que foi ingressar no Grupo de Estudos do Trabalho em Saúde (GEMTES) no ano de 2013, visto que o grupo me acolheu de uma forma sem igual e foi terreno fértil para os meus questionamentos, angústias e desejos sobre participação social. Foram muitos encontros, desencontros, debates e aprendizados nesse grupo, não só sobre participação social, mas também, sobre outras temáticas que atravessavam essa categoria e que me fizeram pensar e repensar, por muitas vezes, os rumos desta dissertação.

Vale ressaltar que a participação social foi um eixo central do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970. Movimento que permanece vivo e continua lutando pela saúde e pela efetividade da participação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (PAIM, 2008).

Ocorre que, passadas mais de duas décadas desse sistema de saúde e da legitimação da participação social como uma de suas diretrizes, o processo participativo no SUS depara-se com muitos desafios, sobretudo, no âmbito dos Conselhos de Saúde, conforme apontam diversos estudos (DUARTE; MACHADO, 2012; COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; OLIVEIRA et al., 2009). São obstáculos que colocam em evidência a legitimidade do funcionamento destes espaços e sinalizam para a necessidade de um aprofundamento nas discussões e análise do cotidiano de suas práticas.

Vale destacar que a política pública de saúde brasileira vem passando por um dilema peculiar: mostra avanços admiráveis em algumas áreas e apresenta limitações importantes em outras, destoando muitas vezes do que é previsto legalmente na Constituição (MOREIRA, 2008). Uma das facetas desse dilema centra-se justamente na participação social e, logo, nos conselhos, que ora se mostra efetiva e ora se apresenta ineficaz (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Diante dessa problemática, colocamos em relevo a importância dessa discussão no campo da Saúde Coletiva, campo que, segundo Donnangelo (1983), se desenvolveu, desde sua origem, em consonância com a participação social na luta pela democratização da saúde e pela consolidação dos direitos humanos e sociais do coletivo.

É nesse contexto que se insere esta pesquisa, que tomou como objeto a potência presente na atuação dos conselheiros de saúde frente aos desafios impostos à participação. Numa tentativa de responder aos seguintes questionamentos: como a potência está sendo produzida no cotidiano dos conselhos de saúde? Que potência é esta? Que elementos tem prejudicado sua manifestação? De que forma o enfoque nessa potência pode direcionar ações mais efetivas de participação e um repensar nas práticas do conselho de saúde?

A fim de respondermos tais indagações e compreendermos melhor o objeto adotado nesta dissertação, nos debruçamos sobre várias referências teóricas. Estas foram fundamentais para iniciarmos a compreensão sobre esses elementos na produção dos capítulos introdutórios deste estudo, que são frutos dessa incursão literária.

Posteriormente, explicitamos os objetivos que nortearam a pesquisa e o método adotado para realizá-la. Por fim, apresentamos os resultados, a discussão e as considerações finais deste trabalho.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Buscamos, aqui, construir uma breve narrativa em torno do processo de edificação da participação social na área da saúde, discorrendo sobre a maneira que a temática tem comparecido na conjuntura atual do país. Que balizamentos têm suscitado a questão no campo da saúde? Quais as tensões, embates, ditos e não ditos e que formas de manifestação estão sendo colocadas ou configuradas no cenário brasileiro sobre o assunto?

Desde logo, antes de nos enveredarmos nessa narrativa, é necessário uma reflexão sobre o caráter conceitual do termo participação. Na tentativa de ilustrar um pano de fundo que nos permita apreender melhor o uso dessa expressão no campo da saúde. Nesse sentido, vale trazer Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009, p. 220), que nos incitam com os seguintes questionamentos:

[...] o que é – ou o que está sendo – entendido como participação? Que processos devem ser considerados como participatórios: a escolha de representantes (e por quais vias) ou a expressão direta das demandas (individuais ou coletivas)? Que dimensões da vida social devem ser destacadas para que se identifique a ação participativa?

Inicialmente, é preciso esclarecer que participação é uma categoria analítica ampla e genérica e, sobretudo, polissêmica, pois reúne múltiplos sentidos nos diferentes campos (Ciências Sociais, Ciências da Saúde, Ciências Políticas, dentre outros). Ainda, não existe consenso sobre essa definição (ESCOREL; MOREIRA, 2008). O que existe, são pontos de convergências e divergências que nos direcionam, nessa dissertação, a concordar com Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009, p. 221) ao afirmarem que “não há, a priori, um marco teórico no qual incluir o conceito de participação”. É preciso ressaltar que, é impossível compreender participação sem vincula-la às relações sociais, econômicas, culturais e políticas que permeiam o meio social em que essa se processa. Assim, segundo Escorel e Moreira (2008, p.

980), “as situações, os rumos, as formas, as possibilidades, as adesões, os vetos, as exclusões e as sanções à participação dos indivíduos são estruturados pelo contexto histórico e social”. Nesse sentido, é imprescindível que reflitamos sobre o caso brasileiro. Como se deu o surgimento e o desenvolvimento desse mecanismo no cenário político da saúde brasileira?

Durante o período da ditadura militar o ciclo democrático do país, iniciado em 1946, tinha sido interrompido pelo golpe que, impôs a censura à imprensa, a restrição da liberdade de expressão, a perseguição política, a supressão dos direitos constitucionais, a repressão, bem como, o agravamento das desigualdades sociais. Isso, fez efervescer em todo país diversas mobilizações populares que se espalharam pelas ruas, expressando as dificuldades enfrentadas pelo povo naquela ocasião (CARVALHO, 2013). Durante esse regime diversos movimentos ganharam força, dentre eles, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que surgiu da indignação de seguimentos da sociedade em relação ao quadro caótico em que se encontrava o setor saúde. Esse movimento passou a representar uma agitação social propulsora de ânimos na saúde, pois pautava a necessidade de uma reforma social e política, em prol da redemocratização do país e democratização da saúde (AROUCA, 1988).

A partir de 1985, assistimos no país, o fim do regime militar e, finalmente, a redemocratização é alcançada. A democracia representativa, modelo democrático que passou a vigorar mundialmente ao longo do século XIX em virtude da hegemonia do pensamento liberal, passa a ser seguida no Brasil e o sistema presidencialista é adotado. Os representantes do povo eleitos por meio das eleições diretas (BONAVIDES, 2000).

Em 1986, ocorreu a 8^o Conferência Nacional de Saúde, marco para a saúde brasileira, que debateu temas como: saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor. Nesse evento as principais questões da saúde encontraram espaço na pauta do governo, sendo amplamente debatidas num intenso processo de articulação de forças políticas e social liderado, sobretudo por líderes do Movimento da Reforma Sanitária (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Em 1988, após grande pressão social, a saúde foi garantida constitucionalmente como um direito social e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Garantia que foi materializada mediante implantação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a). Outro avanço importante desse período foi que, com a democratização e a descentralização da saúde abriu-se espaço para inúmeras experiências de participação social no país. A Lei Nº 8.142/90 legitimou as instâncias participativas na política de saúde brasileira - conselhos e conferências de saúde - que passaram a existir nas diferentes esferas de governos; municipais, estadual e federal (BRASIL, 1990b).

Os conselhos surgiram como colegiados de natureza permanente e deliberativa. As conferências como movimentos sazonais, que se realizavam de tempos em tempos, quando convocadas pelo poder executivo ou conselho de saúde das esferas de governo. A composição dessas instâncias foi definida com base no modelo representativo, ou seja, teriam assento nesses colegiados sujeitos eleitos ou indicados pertencentes à sociedade organizada, que atuariam como conselheiros de saúde por certo período de tempo, representando distintos atores sociais - usuários, trabalhadores, prestadores de serviços privados conveniados ao SUS e governo (BRASIL, 2005a).

Vale ressaltar que, esses espaços coletivos foram idealizados para ser palco de discussões, de partilha, de diálogo, de fiscalização e de deliberações partilhadas, assim representaram, naquela época, “uma ousadia democratizante”, segundo Moreira (2008, p.15). Sobretudo, porque nasceram com base num movimento de forte articulação política e social e de resistência frente aos vetos presidenciais impetrados aos artigos da Lei Nº. 8.080/90, que se referiam à participação social e ao financiamento na saúde, que só foram legitimados posteriormente, após intensas pressões sociais, culminando com a promulgação da Lei Nº 8.142/90 (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Estamos compreendendo, nesta pesquisa, participação social como um conjunto de ações políticas atravessadas por relações culturais, sociais, políticas e econômicas, em que sujeitos individuais ou coletivos, de forma direta ou indireta (representação) procuram participar ativamente na construção e desenvolvimento das políticas públicas de saúde, demandando por parte dos sujeitos discernimento sobre a

realidade de saúde, sobre as prioridades e sobre os pré-requisitos para modificá-la. Para chegar a esta definição nos apoiamos nas concepções de participação trazidas por Chauí (1993), Zanardi e Cordoni (2004) e Scorel e Moreira (2008).

Segundo Chauí (1993) o elemento essencial da participação implica no poder de participar (político), o direito de participar (jurídico) e o conhecimento (saber), a fim de que os atores sociais operem ativamente nos processos de tomadas de decisões.

Para Zanardi e Cordoni (2004) a participação pode se dar em três dimensões: ação, proposição e controle. Ação, que diz respeito à execução de ações. Proposição, que se refere à possibilidade dos atores sociais proporem opiniões; manifestar seus posicionamentos e construir estratégias a respeito da política de saúde. E controle, que corresponde à capacidade dos sujeitos de fiscalizarem, ou seja, controlarem o desenvolvimento da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Assim, a participação social constitui-se num mecanismo de mobilização popular rumo à produção de mudanças necessárias ao SUS. A participação é o alicerce da democracia e, portanto, “o aperfeiçoamento e a ampliação de uma estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e a universalização da outra.” (SCOREL; MOREIRA, 2008, p. 987).

A democracia também se constitui numa categoria ampla e complexa e é fundamental estabelecer vinculações dela com a participação social, pois uma das características principais das sociedades democráticas é oferecer aos cidadãos oportunidades plenas de estabelecer e anunciar suas posições e opiniões, por meio de uma ação individual ou coletiva. Tal como a participação, o regime democrático se revela na magnitude das lutas por reconhecimento, partilha e inserção dos cidadãos nas decisões sobre as políticas públicas que afetam direta ou indiretamente a vida em sociedade (DAHL, 1997).

Na saúde brasileira, simultaneamente ao estabelecimento e desenvolvimento dos conselhos e das conferências de saúde, foram surgindo na organização do SUS um amplo arcabouço institucional de participação social, como os conselhos locais, gestores, regionais e distritais de saúde, bem como, as mesas de negociação, o orçamento participativo, os fóruns de saúde, dentre outros (VÁZQUEZ, et al., 2003).

Sem falar nos movimentos participativos não institucionais, aqueles que acontecem fora do sistema político institucional, e que, embora não neguem à importância da prática participativa institucional, mostram que existem outros modos potentes de participação no sistema de saúde, de uma forma mais direta (não representativa), podendo funcionar, às vezes, até com mais vitalidade e criatividade do que os espaços institucionais. É o caso, por exemplo, da Participação Rizomática que, segundo Quintanilha, Sodr e e Dalbello-Araujo (2013), consiste em movimentos de resistência que emergem espontaneamente de forma aut noma, flexível e criativa no cotidiano dos serviços do SUS, empreendidos na maioria das vezes, pelos próprios usuários de saúde, que se manifestam e resistem frente às dificuldades encontradas na dinâmica desses serviços.

Atualmente, têm surgido no país outra via de participa o social, como as conexões sócias estatais que têm se dado por meio de conferências temáticas, de audiências de consultas públicas, das ouvidorias, dos canais tipo “fale conosco”, das redes sociais e dos mecanismos digitais. Tais meios de participa o tem se utilizado de tecnologia da informa o, a qual facilita e dinamiza o acesso da popula o às institui es governamentais. Por meio desses mecanismos, muitos governos e institui es municipais, estaduais e federais têm aberto canais de comunica o com a sociedade, tornando possível que o cidadão possa expressar, de qualquer ponto do país, suas opiniões, sugestões e críticas a respeito da gestão pública de saúde (PIRES; VAZ, 2012).

Ocorre que, em paralelo a essas conquistas participativas e democráticas no Brasil, observamos que mundialmente, a partir da década de 90 ocorreu uma atrofia da consciência política, sobretudo do ponto de vista social, imposto pelo crescimento do mercado capitalista (SANTOS 2008). Tal situa o impôs uma progressiva reestrutura o produtiva nos países, especialmente nas na es em desenvolvimento, como   o caso do Brasil. País, no qual, o início da prolifera o dos mecanismos participativos e democráticos teve como obstáculo a pouca maturidade da democracia, visto que a na o encontrava-se ainda nos primórdios da redemocratiza o, com uma forte cultura autoritária e clientelista arraigada na sociedade brasileira.

Acresce-se ainda que, com o avanço neoliberal notamos que os direitos sociais viabilizados pelas políticas sociais e garantidos na Constituição Cidadã brasileira de 1988, começaram a serem postos em xeque, sobretudo, a partir do processo de Reforma do Estado e da administração pública. Esse processo caracteriza-se pelo “[...] redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal” (BRAVO, 2001, p.13), que vem engendrando mudanças profundas nos campos sociais, político, econômico, cultural e tecnológico nas últimas décadas, ao operar como desarticulador dos movimentos sociais na direção de despolitizá-los (FLEURY, 1994).

Consoante a isso observamos na saúde brasileira o avanço do Modelo Gerencial pautado na incorporação das racionalidades, advindas dos clássicos processos administrativos das organizações. Esses processos fundamentados nos princípios da eficácia e da eficiência e passíveis de normalização e funcionamento burocrático, vem impactando significativamente a gestão dos serviços de saúde (BARBOSA, 1998, p.51).

Vale destacar também que, na conjuntura atual, vivenciamos impasses importantes na democracia brasileira. A falta de legitimidade na representação política é um deles, devido ao descolamento dos ideais e decisões dos representantes das bases que os elegeram. Sem falar, nos inúmeros casos de corrupção, na crise política, no cenário de instabilidade social e de crise econômica recessiva, marcado pelo alto índice de desemprego e exacerbação das desigualdades sociais.

De modo que, diante desse quadro desfavorável, discutir participação parece *demodê*. Por outro lado, é uma questão atual, que está nas ruas. Assim, o que dizer das manifestações de junho de 2013? O que pensar sobre os protestos individuais e coletivos que tem se espalhado nos grandes centros urbanos brasileiros? E dos brasileiros que tem ido para as varandas e janelas de suas residências baterem panelas?

É nessa circunstância que devemos refletir sobre participação social na saúde, num setor em que a situação é caótica. Encontramo-nos em vias da redução dramática de recursos orçamentários e financeiros para custear o SUS, em meio a uma forte tendência de mercantilização da saúde, com subsídios cada vez maiores destinados aos planos privados de saúde. Além dos novos modelos de gestão imperando nos

serviços de saúde, mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal para as Organizações Sociais (Os), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Ósseas) e as Fundações e Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERHs). Sem falar na ameaça de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro e da falta de legitimidade das instâncias participativas no SUS, sobretudo, dos conselhos de saúde (BRAVO, 2015; COSTA, 2015).

É importante ressaltar que, todas essas disparidades sociais, políticas, econômicas, culturais e éticas que, atualmente atravessam o país, culminam para o avanço do descrédito da população em relação aos valores políticos, comprometendo sobremaneira a confiança na democracia representativa brasileira e nas instituições. Isso, segundo Labra (2006, p. 201) incide no “engajamento cívico em ações coletivas e afetam a simetria nas relações entre os participantes das arenas de deliberação.”.

Assim, resta hoje, na democracia brasileira, um conflituoso espaço para o desenvolvimento da participação social no SUS, uma vez que o sistema vem sendo sistematicamente boicotado pelo Modelo Gerencial, que possui foco na “[...] delegação de funções à sociedade (e ao mercado), bem como a criação de mecanismos participatórios destinados a desburocratizar – melhor seria dizer domesticar – os processos de decisórios.” (VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009, p. 225).

Com isso, passam a convergir com o fenômeno da participação social no SUS sentidos contraditórios. Deturpações tanto na denominação dessa participação, que tem sido cada vez mais referida como “capital social, empoderamento, responsabilidade social das empresas, gestão corporativa, terceiro setor, governança [...]” (VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL 2009, p. 228), quanto no sentido da participação social, que ultimamente tem sido concebida apenas como elemento ímpar da ‘boa governança’, impregnada pela “racionalidade gerencial hegemônica e marcada pelo exercício do controle e da disciplina” nos espaços institucionais, como nos conselhos e conferências de saúde (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p.1246).

Nesse contexto, vale citar a rejeição histórica por parte da câmara dos deputados federais ao Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014, que previa instituir no país a Política Nacional de Participação Social (PNPS). Esse decreto, foi vetado sob a

alegação de que a PNPS abriria precedentes para a reimplantação da ditadura no Brasil. Na verdade, um contrassenso, pois numa nação democrática, articular os mecanismos e as instâncias de participação das diferentes áreas (saúde, na educação, na assistência social) somente fortaleceria a nação e isso era o que propunha a PNPS (BRASIL, 2014). Essa política reforçaria o diálogo, o debate e a participação dos atores nos processos decisórios de condução das políticas públicas e esses elementos são fundamentais para o avanço das sociedades democráticas (DAHL, 1997).

Cabe destacar que, a natureza da democracia e dos mecanismos democráticos de uma nação está diretamente relacionada “ao nível de intensidade da participação cidadã, e é consequência dos avanços e conquistas de cada povo” (BRASIL, 2012a, p. 23).

Nesse sentido, é preciso refletir sobre o lugar da participação social na democracia e na saúde brasileira. A participação social tem percorrido caminhos difíceis, sendo constantemente boicotado pelo Modelo Gerencial e pela diminuição de pertencimento ao SUS, sentimento que, segundo Santos (2010), tem afligido todos os segmentos da sociedade, independente da classe econômica, grau ou tipo de instrução. Tal situação contrasta aos ideais do SUS, que nasceu primando pela ampliação da participação dos cidadãos no direcionamento das políticas públicas de saúde. Com o auxílio médico, por exemplo, o que se observa são sujeitos que, de forma individual e coletiva, não se sentem parte do SUS, por isso, tentam garantir um plano de saúde, por não acreditarem nesse sistema e por acharem que essa política serve somente às classes menos favorecidas.

Trata-se de um desprezo ao sistema público de saúde, reforçado pelos meios de comunicação nacionais, isso acaba por produzir e mostrar para a sociedade, somente um SUS pobre para pobres. Nesse sentido estimula-se a propagação, entre o povo brasileiro, de um ideal de saúde que perpassa pelo desejo de possuir renda para se conveniar a um plano de saúde. Em contrapartida, o SUS recaiu no descrédito e a consciência social dos avanços obtidos, por esse sistema, relegada o segundo plano. Com isso, poucos cidadãos se interessam em participar e lutar ativamente pelo desenvolvimento desse sistema que vem sendo sistematicamente desconstruído (SANTOS 2010).

Recorde-se que, a participação dos sujeitos na construção do SUS é um pilar estratégico que pode transformar esse sistema, pois esta ação guarda possibilidade de estimular diferentes atores a sentirem-se parte do processo e intervirem no diagnóstico, no planejamento, na implementação, no acompanhamento e no controle das políticas públicas de saúde, melhorando a gestão e a execução dos serviços. Nesse sentido, a participação na saúde consiste no “exercício da democracia no cotidiano, o que exige uma permanente reflexão sobre suas regras, limites e possibilidades” para que se alcance uma ação efetiva desse princípio (SCOREL; MOREIRA, 2008, p. 1007).

É nesse contexto que nos propusemos a compreender como tem se dado a participação nos espaços coletivos do SUS, especificamente, nos conselhos de saúde. Ou seja, como a participação tem funcionado nessas instâncias participativas? Que potência está sendo produzida nesses locais? Que desafios à participação estão postos? Que apontamentos para ações efetivas estão comparecendo nesses espaços? Questionamentos que nos direcionam a conhecer melhor o histórico e a dinâmica de funcionamento desses colegiados, que serão detalhados a seguir.

1.2 AS PRÁTICAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Historicamente, o primeiro conselho a surgir no Brasil foi o Conselho Nacional de Saúde (CNS), introduzido pela primeira vez em 1937, por meio da Lei nº 378/37. Este conselho nasceu com a competência de assessorar o Ministério da Educação e Saúde Pública, que na época reunia em um único órgão duas áreas: saúde e educação. Valem destacar que, nesse período o CNS tinha uma atuação inexpressiva, apenas consultiva, os membros eram indicados pelo Ministro da Saúde e não possuía participação popular (BRASIL, 2012b).

Nas décadas de 1970 e 1980, foram surgindo no Brasil outros formatos de conselhos, dentre eles, os conselhos comunitários, instâncias para as quais a comunidade levava suas necessidades de saúde, numa relação mais clientelista

com o Estado, tendo como local de participação o próprio serviço de saúde, configurava-se aí a chamada participação comunitária (ESCOREL; MOREIRA, 2008). Os conselhos populares também apareceram nessa época. E buscavam mais autonomia, por isso quase não mantinham relações institucionais com o governo e procuravam levantar e debater as necessidades de saúde para melhorias do conjunto da sociedade. Lutavam pela democratização da saúde, pela garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para todos os cidadãos. Configurava-se, assim, a chamada participação popular. Categoria que substituía o termo “comunidade” da antiga participação comunitária, por “povo”, pois acreditavam que o termo povo representaria melhor àquelas parcelas mais excluídas da população a quem buscavam representar. Por fim, existiam nessa época os conselhos administrativos, que possuíam um caráter mais gerencial e pouco influenciavam no ciclo das políticas públicas de saúde.

Na década 1990, já sob o ideário social da Constituição Cidadã (1988), a participação é legitimada por meio da Lei Nº 8.142/90, se tornando um princípio estratégico do SUS. Nessa época, surgem os conselhos e as conferências de saúde legalmente institucionalizados no cenário brasileiro. Estes possuíam um caráter deliberativo, o que possibilitava uma maior atuação dessas instâncias junto à sociedade civil na elaboração e acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Segundo Escorel e Moreira (2008, p. 983), esses conselhos e as conferências foram constituídos com o propósito de “[...] permitir que os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos”. Estas instâncias inauguraram no Brasil uma nova categoria de participação, a intitulada participação social, que além de primar pelas necessidades dos sujeitos mais marginalizados da sociedade, buscava também acolher a sociedade como um todo.

Os Conselhos de Saúde foram instituídos como instâncias vinculadas ao poder executivo, com caráter permanente e deliberativo, nas diferentes esferas do governo (municipal, estadual e federal) e nasceram com a premissa de garantir representatividade na discussão das políticas públicas de, ao menos, quatro seguimentos (usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços privados conveniados ao SUS e governo).

A partir da Norma Operacional Básica (NOB) de 1998, esses colegiados passaram a ser obrigatórios em cada nível de governo, configurando-se como uma das exigências do governo federal para o repasse de recursos financeiros para a saúde dos municípios e estados brasileiros. Conforme salienta Labra (2006, p. 2005), passou a existir ainda

[...] à obrigatoriedade, por parte do gestor do SUS, no nível que corresponda, de submeter anualmente ao Conselho de Saúde o Plano de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (ações, metas e orçamento) e o Relatório de Gestão em tempo prévio hábil para permitir a discussão pertinente.

Por lei, todos os conselhos, sejam eles locais, municipais, estaduais ou federais, devem respeitar a paridade entre os segmentos representativos do conselho, ou seja, o segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos, sendo 50% dos conselheiros usuários, 25% profissionais de saúde e 25% prestadores de serviço e governo. A legislação orienta que a participação desses sujeitos deve ser voluntária, sendo vedada sua remuneração e garantida formas para que essa participação ocorra sem ônus aos participantes. Por isso, deve ser assegurado, por exemplo, dispensa do trabalho ao conselheiro de saúde nos dias das plenárias, em virtude da relevância pública de sua função, bem como o fornecimento de vale transporte (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

A legislação também dispõe que para ser conselheiro de saúde o cidadão precisa estar vinculado a algum órgão, entidade ou movimento social, respeitando-se os critérios de representatividade, de paridade, de abrangência e de complementaridade do conjunto da sociedade nos processos de eleição e/ou indicação desses sujeitos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Vale destacar que, na maioria dos conselhos, os representantes dos prestadores e do governo são indicados, enquanto os representantes dos trabalhadores e dos usuários são eleitos. O mandato de um conselheiro dura, em média dois anos, admitindo-se reeleição ou recondução ao cargo por mais dois anos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Conforme salienta Labra (2006, p. 213), nos conselhos

[...] o termo “representação” é polivalente, controverso, referido em geral à representação política. Trata-se de uma relação mediante a qual um indivíduo ou grupo atua em nome de um corpo maior de pessoas.

Isso porque, nessas instâncias do SUS existe uma pluralidade de organizações que representam perspectivas distintas. Neles, pode haver representantes de associações de pessoas com patologias e deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados (movimento negro, LGBTTT, mulheres, etc.); entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; trabalhadores da saúde; associações, confederações e conselhos de profissões regulamentadas; membros da comunidade científica, de entidades públicas ou de hospitais universitários; entidades patronais; entidades prestadoras de serviço de saúde e governo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

São inúmeras as possibilidades de composições representacionais nos espaços dos Conselhos e Conferências de saúde. Isto exacerba os debates, os conflitos, e as articulações políticas, visto que, podem coexistir diferentes interesses, proporcionando a formação de alianças ou de oposições de ideias e projetos. Deste modo, notamos que há um movimento constante de relações de poder deflagrados no cotidiano de suas práticas.

Segundo Przeworski (1984), a inclusão de novos atores no ciclo das políticas públicas de saúde favoreceu a democratização da saúde, mas também gerou incertezas para os atores que deles participam. Isto porque, ao incluir no processo decisório grupos que historicamente possuem seus direitos negligenciados, pouco habituados aos embates políticos institucionais, favoreceu-se o aparecimento de arranjos informais, instáveis, que muitas vezes burlam as regras institucionais, gerando descrédito na legitimidade da representação existente nesses espaços.

É nesse sentido que, Escorel e Moreira (2008), afirmam que a participação social ainda não se fortaleceu na saúde brasileira, configurando-se num princípio que ainda precisa avançar no SUS. Para Kleba e Wendausen (2009), mesmo com a redemocratização do país e democratização da saúde, ainda não ocorreu uma

democratização do poder, visto que, as relações persistem assimétricas. As responsabilidades foram apenas desconcentradas e isso decorre, em parte, do desconhecimento político dos cidadãos, bem como do baixo grau de organização da sociedade civil (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Destaca-se que a criação, a reformulação e o funcionamento dos conselhos de saúde devem observar as recomendações definidas pela Resolução nº. 453/12. Legislação que orienta o governo a respeitar à autonomia dos conselhos e afiançar a operacionalização destes, com dotação orçamentária própria, infraestrutura, secretaria executiva e todo arcabouço administrativo necessário ao seu pleno funcionamento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Na estrutura administrativa de algumas secretarias municipais de saúde existem, também, os conselhos locais de saúde (CLS), que são espaços participativos existentes nos serviços de saúde, abrangendo todo território deste. Esse tipo de participação local possibilita uma maior proximidade entre o conselho e a comunidade, por isso, é considerada como um componente estratégico de participação social no SUS. Estes conselhos, segundo Brutscher (2012), possibilitam “a oxigenação da participação”, visto que, se constituem em espaços potentes de vínculos com a comunidade, capazes de apreender melhor a realidade e as prioridades de saúde locais.

Em relação à organização e o funcionamento interno dos conselhos, estes devem possuir um regimento interno, documento que deve ser elaborado pelos próprios conselheiros de saúde e que, de modo geral, dispõe sobre as competências e atribuições do conselho, além da composição (membros), organização administrativa (plenárias, mesa diretora, comissões, secretaria executiva, etc.), atribuições do conselheiro, e dinâmica das reuniões (plenárias) e do processo deliberativo (CARVALHO, 2007).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta que as sessões plenárias dos conselhos sejam abertas ao público e aconteçam, pelo menos, uma vez ao mês; podendo existir reuniões extraordinárias, caso julguem necessário. Todas as reuniões devem ser registradas em atas, que se constituirão em documentos públicos. Estes espaços podem instaurar comissões temáticas e grupos de trabalho,

para se discutir melhor as questões relacionadas à política de saúde, e ao funcionamento do conselho.

O conselheiro de saúde, segundo a Resolução nº 453/2012, precisa atuar na proposição, formulação, fiscalização, avaliação e deliberação das políticas públicas de saúde. Isso requer destes sujeitos conhecimento sobre diversos assuntos relacionados à saúde, à gestão e ao financiamento, por exemplo. Isto porque nesses locais são discutidos assuntos diversos relacionados à avaliação, a aprovação e controle dos planos estaduais ou municipais de saúde; a apreciação e aprovação de relatórios de gestão; a aprovação e fiscalização sobre contratos e convênios; a avaliação e aprovação de políticas e programas de saúde; a avaliação do atendimento à população; a discussão sobre contratação dos profissionais de saúde; a construção e reforma de unidades de saúde; a aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos; o plano de carreira e salários dos servidores; a resolutividade no acolhimento e atendimento dos usuários; a apuração de denúncias; as ações de promoção em campanhas de vacinação e controles de endemias; ao financiamento da saúde, dentre outros (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Entendemos que, se os temas supracitados são complexos para os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e governo (normalmente habituados a esta linguagem técnica), quem dirá para os representantes dos usuários que, muitas vezes, estão distantes dessas discussões. Destaca-se que esse foi o mote para a expansão de iniciativas de capacitação e educação permanente desses atores (LUIZ; QUINTANILHA; DALBELO-ARAUJO, 2014).

Para Labra (2006, p. 215),

é racional que a experiência adquirida se torne um requisito crucial para a mesma pessoa ser reconduzida ao cargo, de forma que acaba se profissionalizando como conselheiro. E como para tanto deve ter um nível de educação superior à média da comunidade, os representantes dos usuários terminam se constituindo em uma elite profissional reforçada por certos privilégios de status como indicação sistemática como delegado a conferências e outras representações, acesso direto a políticos, facilidades para receber atenção nos serviços de saúde e/ou encaminhar parentes ou conhecidos, etc.

Entretanto, essa profissionalização dos conselheiros tem permitido uma excessiva eleição ou indicação dos mesmos atores e isso tem dificultado, por exemplo, a renovação política desses espaços (BAHIA, 2008; DELGADO; ESCOREL, 2008; LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Outra questão importante no que diz respeito às práticas desses colegiados, se refere ao cargo de presidente. Desde a 12^o Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2004, se orienta que qualquer conselheiro pode se candidatar ao cargo, o que também foi legitimado pela Resolução do CNS Nº453/2012. Contudo, curiosamente, o que se verifica na maioria dos conselhos é que esses cargos são ocupados pelos próprios secretários de saúde, por meio de condução automática ou eleição. Alguns regimentos, inclusive, ainda dispõem que o secretário de saúde é considerado o presidente nato do conselho. Ocorre que, isso é incompatível com a legitimidade do processo participativo, pois os gestores que presidem conselhos, geralmente, possuem relutância em acolher as decisões desses colegiados quando vão de encontro com seus interesses políticos (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Nessa lógica, cabem os seguintes questionamentos: Como o gestor pode acumular dois cargos simultaneamente? Como não se atentar para os conflitos de interesse que ocorre nessa circunstância? Em outras palavras, é quase impossível que essas autoridades mantenham a imparcialidade nesses espaços, o que impacta sobremaneira o funcionamento dessas instâncias e a legitimidade do processo participativo.

A respeito das decisões desses colegiados, ou seja, suas deliberações, o CNS orienta que o pleno pode se manifestar por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. Sendo que, estes atos, sobretudo as resoluções, devem obrigatoriamente

Homologadas pelo chefe do poder executivo constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando do lhe publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p. 5).

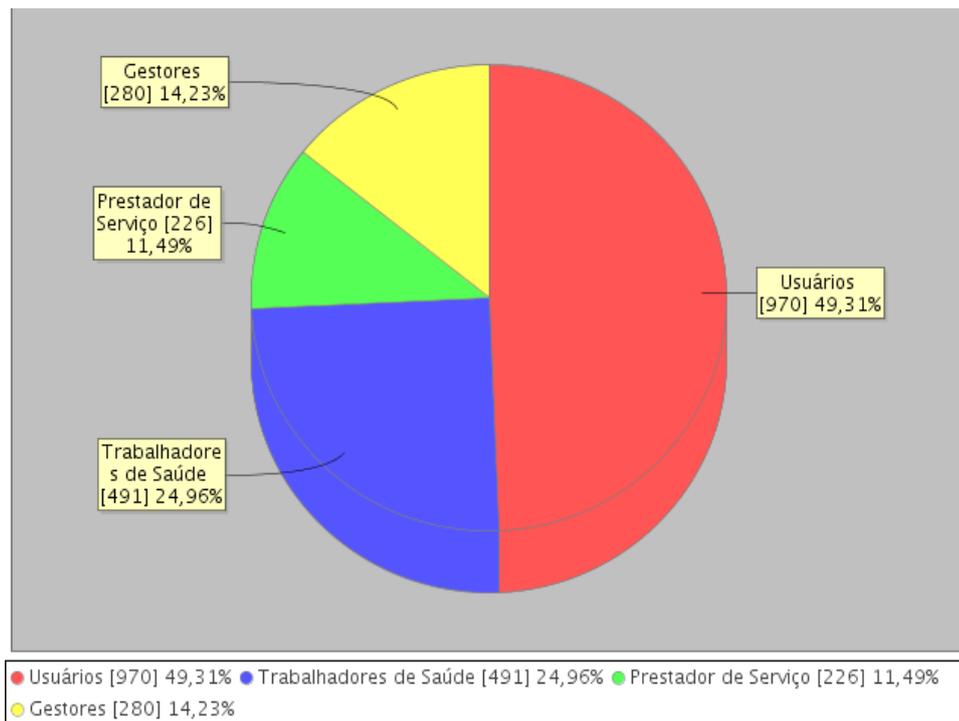
Cabe destacar que, a efetividade deliberativa de um conselho corresponde à competência dessas instituições em atuarem propondo, controlando e decidindo sobre a política pública de saúde. Esta se anuncia, segundo Cunha e Almeida (2009, p.245), “na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações”. Assim, a estrutura meramente formal desses espaços coletivos do SUS, não garante efetividade deliberativa, logo, não afiança efetividade participativa (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013; GAEDTKE; GRISOTTI, 2011).

Nesse sentido é preciso repensar as práticas desses colegiados do SUS com ênfase nos aspectos macro (organização e o funcionamento das instituições e da sociedade) e micropolíticos (referente às relações entre os sujeitos) que atravessam o processo participativo nos conselhos de saúde brasileiros. Isso porque a construção da participação é um processo de conquista cotidiana que reflete os dilemas e as contradições da sociedade. Trata-se de um processo complexo que demanda conhecimento e prática dos diferentes atores que participam dessas instâncias, além da transformação das instituições que precisam primar pela co-gestão e gestão participativa, e ainda, requer avanço da sociedade brasileira para ampliação da cultura democrática participativa, a fim de que os cidadãos participem ativamente dessas arenas políticas, coparticipando da gestão das políticas de saúde.

Vale registrar que, atualmente, no país existe formalmente um total de 5.628 conselhos de saúde, dos quais, 5.565 são conselhos municipais, 26 estaduais, um conselho do Distrito Federal e um Conselho Nacional de Saúde. No caso do estado do Espírito Santo, segundo dados extraídos do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), existem, em 2016, 76 conselhos de saúde, sendo 75 conselhos municipais de saúde e um conselho estadual. Quarenta destes possuem comissões temáticas e 38 não possuem. E em 72 deles, as reuniões costumam ser mensais, nos demais bimestrais. Atualmente, cadastrados no SIACS existe um total de 1967 conselheiros de saúde no estado do Espírito Santo, entre titulares e suplentes, municipais e estaduais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

A seguir temos o gráfico 1, que apresenta a distribuição representativa e quantitativa do somatório dos conselheiros municipais e estaduais de saúde do estado do Espírito Santo. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Gráfico 1 – Distribuição do total de conselheiros municipais e estaduais de saúde do Estado do Espírito Santo.



Fonte: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Diante desses números, verifica-se a extensão dessa rede participativa e a quantidade de cidadãos engajados nessas instâncias participativas do SUS. Por isso, é grande o desafio de fazer com que esses espaços funcionem efetivamente como arenas de debates para o alcance de uma política de saúde mais justa e resolutiva no país. Para tanto, é preciso conhecer a realidade desses espaços, seus desafios, limites e potência, visto que, por meio desses colegiados é possível auxiliar na produção de mobilizações populares, de tensões, de embates, que de alguma forma possam colaborar em prol das mudanças tão necessárias à política de saúde brasileira.

1.3 OS DESAFIOS IMPOSTOS À PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Realizamos levantamento bibliográfico referente à temática da participação social e notamos que os textos destacam uma série de desafios para a efetividade da participação nos conselhos: as formas autoritárias e tradicionais de gestão, prevalentes no país e na gestão dos serviços de saúde; as dificuldades do desenho institucional e organizacional dos conselhos; a falta de legitimidade da representação nesses espaços; a incipiente transparência e publicização das ações dos conselhos; a desinformação dos atores sociais envolvidos no processo participativo dos conselhos; a implantação dos novos modelos de gestão nos serviços de saúde e, por fim, a assimetria nas relações de força e poder existente nesses colegiados.

Para Sepapioni e Romani (2006), esses e outros desafios são revezes que sinalizam para questões macro e micropolíticas, sociais, econômicas e culturais, que atravessam a participação continuamente no âmbito da política de saúde brasileira. Entraves típicos do processo sócio-econômico-histórico brasileiro, mas também característicos de outras nações, nas quais a participação na saúde se faz presente; tais como Argentina, Costa Rica, Alemanha, Espanha, França e Itália.

Destaca-se que, as formas autoritárias e tradicionais de gestão ainda perduram na cultura e na democracia. O clientelismo, o patrimonialismo e a falta de limites entre o individual e o coletivo, se configuram na relação entre Estado e sociedade e, por isso, persistem arraigados nos processos participativos do país, inclusive, nos conselhos de saúde do SUS. Estes aspectos determinam relações centralizadoras nesses espaços, que acabam por boicotar a participação e impedir que a gestão participativa se torne uma política efetiva no sistema de saúde brasileiro (FARIAS FILHO; SILVA; MATHIS, 2014; GRIZOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010; GUIZARDI, 2009; CRACO; ALMEIDA, 2004; VÁSQUEZ et al., 2003; CHAUÍ, 1993).

É importante colocar que, o próprio desenho institucional desses colegiados do SUS, desde sua criação por meio da Lei Orgânica da saúde 8.142/90, tem tido forte indução legal e administrativa por parte do governo federal. Pois, atrelou a existência desses espaços como exigência ao repasse de recursos aos estados e municípios. Este fato, por si só, implica num emudecimento das organizações de base e

favorece a manipulação política dessas instâncias (GUIZARDI, 2009; CRACO; ALMEIDA, 2004).

As questões organizacionais e de funcionamento desses espaços também merecem destaque, visto que algumas formas de organização tem-se configurado como limitadores importantes do processo participativo desses colegiados. Citamos, por exemplo, o modo como tem se dado o arranjo das plenárias na maioria dos conselhos. Estes, frequentemente, são sessões curtas, que possuem pautas intermináveis, com tópicos de discussão complexos e que, muitas vezes, só são conhecidos nos dias das reuniões. Esta prática inviabiliza um debate reflexivo acerca de questões importantes sobre a política de saúde que são discutidas nesses espaços (LUIZ, QUINTANILHA, DALABELLO-ARAUJO 2014; VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009).

A dinâmica do processo eleitoral desses conselhos ainda tem sido também muito debatida (FARIAS FILHO; SILVA; MATHIS, 2014). Basta nos indagarmos por que na maioria dos conselhos o presidente tem sido o próprio secretário de saúde? Acresce-se a isso a fragmentação do processo deliberativo, que tem sido caracterizado por decisões que, às vezes, nem chegam a ser homologadas e, nos casos em que são não se observam os encaminhamentos e resultados dessas deliberações. Com isso, todo o esforço participativo acaba, por vezes, em redundar em frustrações e descrédito (GRIZOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010).

A discrepância na paridade da representação também é verificada, nem sempre ela ocorre conforme preconizado, ou seja, 50% de usuários, 25% trabalhadores de saúde, 25% de prestadores de serviços privados conveniados e governo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Vale lembrar que, nem sempre a participação tem sido deliberadamente voluntária nesses colegiados do SUS. Ela, por vezes, ocorre por obrigação ou por indicação. Logo, é preciso refletir em que medida as máquinas políticas estão presentes nos conselhos mediante a indicação de conselheiros? Até que ponto a cooptação política tem sido uma estratégia deliberadamente utilizada pela gestão a fim de controlar a dinâmica desses colegiados? São questões difíceis de serem respondidas sem considerar, minuciosamente, o cotidiano desses espaços (GRIZOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010; LABRA, 2006).

Além disso, Fleury e Lobato (2010, p.15), apontam outros complicadores para o funcionamento e organização destes espaços, tais como:

[...] (1) baixa representatividade; (2) baixa renovação de conselheiros; (3) amplitude de competências; (4) concorrência de competências com os poderes constituídos e eleitos, em especial as deliberativas; (5) falta de recursos para o cumprimento das atribuições; (6) corporativismo e (7) falta de compromisso político com os interesses coletivos.

O problema da profissionalização de conselheiros também tem se apresentado nesses locais, dificultando a renovação política dessas instâncias. A precariedade da infraestrutura comparece como um desafio, pois a maioria dos conselhos não possui dotação orçamentária própria.

O descrédito na efetividade do sistema representacional presente nos conselhos também tem sido discutido, visto que, muitos conselheiros não retornam para os seus representados as discussões do conselho e suas bases, muitas vezes, não os cobram ou propõem questões para serem levadas para o conselho. Logo, há uma interação limitada entre representantes e representados, inviabilizando que assuntos coletivos importantes para o povo entrem na agenda de debates desses espaços (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Cabe destacar que, na maioria das vezes, essas instâncias do SUS são pouco conhecidas em virtude da falta de mais publicidade e transparência das ações dessas instâncias (CORNWALL; CORDEIRO; DELGADO, 2006).

É notório, também, que muitos conselheiros desconhecem informações básicas a respeito das políticas de saúde, do regimento interno do conselho e do seu próprio papel como conselheiro de saúde. Por isso, a relevância de se desenvolverem nesses colegiados formações voltadas para esses sujeitos, bem como a implantação e implementação da política de educação permanente voltada para conselheiros de saúde, pois assim, esses atores poderão colocar sua prática em análise. A carência de informações para tomada de decisões e falta de inflexão sobre suas práticas pode desencadear a neutralização do debate político e o boicote da autonomia dos atores participantes dessas instâncias (LUIZ; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAUJO, 2014; DUARTE; MACHADO, 2012; LONGHI; CANTON, 2011).

Todas essas dificuldades institucionais, organizacionais e de infraestrutura, sinalizam para a necessidade de analisar e repensar as práticas dessas instâncias

participativas do SUS. É nessa direção que vários estudos alegam que a conquista legal e a existência meramente formal dos conselhos não garantem o desenvolvimento da participação (QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2013; GRIZOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010; GUIZARDI, 2009). Para Longhi, Craco e Palha (2013, p. 39), “o processo político nesses fóruns da saúde só tem possibilidade de ser efetivo se houver a participação livre e igual de todos os envolvidos” e, se houver, consciência coletiva da relevância do papel que esses representantes precisam desempenhar.

Vale destacar que, a lógica do “Estado Regulador” pautada pela desobrigação das questões sociais, vem norteando o cenário político brasileiro e, por conseguinte, a política de saúde do país, impactando sobremaneira a gestão dos serviços de saúde, bem como, os espaços participativos do SUS que vêm sendo controlados e disciplinados (BRAVO, 2001).

Atualmente, assiste-se, nos serviços de saúde, o avanço do Modelo Gerencial baseado nos princípios da eficácia e eficiência. A implantação dos novos modelos de gestão comprova isso. Essas novas formas de gestão tem determinado o emudecimento dos sujeitos coletivos, fazendo com que muitos atores ajam de modo passivo, atuando como controladores omissos nos espaços políticos de condução partilhada das políticas de saúde como, por exemplo, os conselhos (BRAVO, 2001). E acaba por reforçar nesses espaços, relações assimétricas de poder entre os conselheiros prejudicando o desenvolvimento da participação (GRIZOTTI; PATRÍCIO; SILVA 2009; SERAPIONI; ROMANI, 2006).

Para Wendhausen (2006, p. 697) outros componentes também robustecem essas relações assimétricas de poder nos conselhos, visto que, nestes espaços

La presencia cuantitativa de los representantes usuarios no corresponde a la calidad de su participación. El segmento gubernamental se sirve de la mayor parte de los espacios del habla, estableciendo relaciones basadas en la asimetría, determinadas por la escolaridad, profesionalización, por el estatus social de los consejeros y por las relaciones saber y poder, presentes en las instituciones de salud.

Essa correlação de forças e poder existente nesses locais são referidos por alguns autores, como sendo consequência, sobretudo, do fato dos conselhos de saúde encontrarem-se demasiadamente atrelados às ações da gestão, o que tem determinado o caráter monológico das discussões nesses espaços. (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; DUARTE; MACHADO, 2012).

Será que há saídas para tantos desafios? Nesta pesquisa, partimos da lógica que, embora os conselhos de saúde enfrentem muitos obstáculos, esses espaços se constituem em locais estratégicos de serem ocupados pela sociedade civil. Por isso, é importante que nos indaguemos sobre o que há de potente nesses espaços? Que potência está sendo empreendida no cotidiano desses colegiados? Em busca destas respostas nos debruçamos, procurando por aquilo que pode direcionar ações mais efetivas de participação social. Para tanto, foi preciso antes de tudo, compreendermos melhor essa potência, o que é? Como surge? Quais suas características? Perguntas, que buscamos responder no próximo capítulo deste estudo.

1.4 A POTÊNCIA PRESENTE NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Ao lado de poder, há sempre potência.

(NEGRI, 2001)

Para discutir esse aspecto é necessário um olhar mais apurado sobre as práticas os conselhos de saúde e a atuação cotidiana dos atores que participam dessas instâncias.

Verifica-se que os conselhos se constituem em colegiados que pressupõem em suas práticas relações entre os diferentes sujeitos que ali atuam. Relações que “[...] não são fontes ou essências, e não possuem nem essência nem interioridade. Elas são práticas, mecanismos operatórios” (DELEUZE, 1987, p. 105), que se configuram no cotidiano dessas instâncias palco de diálogo, debates, antagonismos, confrontos e disputas (LABRA, 2006).

Segundo Alencar (2012, p.20), o que se verifica nos conselhos é um “processo permanente de negociação entre diferentes interesses no âmbito da política de saúde”; num constante jogo de forças entre gestores, usuários, prestadores de serviço e governo, que tornam esses espaços arenas privilegiadas de conflitos políticos, entre diferentes sujeitos, provenientes de distintos contextos, com interesses, muitas vezes, contraditórios. Atores que se reúnem para debater, formular, controlar, avaliar e deliberar sobre questões de saúde pública (ESCOREL; MOREIRA, 2008; CARVALHO, 2007).

Logo, os conselhos são espaços permeados por relações de poder. Estas relações também se constituem numa categoria analítica vasta e complexa, que embora não a tenhamos detalhado nesta dissertação, foi fundamental uma aproximação de seu conceito. Nesse contexto, baseamo-nos na delimitação de Foucault (2001), sobre poder e relações de poder, na qual este salienta que

Quando se fala de poder, as pessoas pensam imediatamente a uma estrutura política, um governo, uma classe social dominante, o mestre frente ao escravo, etc. isto não é de nenhum modo aquilo que eu penso quando falo de relações de poder. Eu quero dizer que, nas relações humanas, qualquer que sejam - que trate de comunicar verbalmente, como fazemo-lo agora, ou que se trate de relações amorosas, institucionais ou econômicas, o poder continua presente: eu quero dizer a relação na qual um quer tentar dirigir a conduta do outro. Estas são, por conseguinte, relações que se pode encontrar em diversos níveis, sob diferentes formas; estas relações de poder são relações móveis, ou seja, elas podem alterar-se, elas não são dadas de uma vez para sempre (FOUCAULT, 2001, p. 1538).

Quando este autor versa sobre poder e relações de poder, ele recusa a adoção de uma noção repressiva e centralizadora de poder e adota, segundo Oropallo (2005, p. 121),

[...] uma nova forma que vê o poder como estratégico e disseminado por todo o organismo social, como multiplicador e não como controlador de forças, instaurador de normas e como forças em relação, mas não em oposição.

Assim, ancorados na perspectiva de Foucault (2001), partimos do pressuposto que nos conselhos também existem relações de poder, que se expressam nas múltiplas relações entre os conselheiros.

Podemos dizer, então, que o poder nos conselhos não está concentrado na mão deste ou daquele conselheiro, ao contrário, esse poder se apresenta nas diversas relações entre esses sujeitos. Relações, estas, que são móveis e transitórias e que não são dadas de uma vez para sempre, estas podem alterar-se e produzir efeitos múltiplos, efeitos que são incontáveis e impossíveis de serem imaginados e enumerados em sua totalidade. Efeitos que podem apresentar-se nessas instâncias por meio de técnicas, mecanismos, dispositivos, posturas, posicionamentos e procedimentos que circulam de modo sucessivo e constante, agindo e reagindo em consonância com os interesses, valores e agendas políticas dos atores que ali atuam.

A despeito da infinidade de efeitos oriundos das relações de poder presentes nos conselhos, nos ateremos em minúcias aos efeitos manifestados em formas potentes, ou seja, na potência que se apresenta de fazer frente e manejar as relações de poder assimétricas que desencadeiam nas práticas dessas instâncias silêncios e os silenciamentos de sujeitos.

É como se a potência, os silêncios e os silenciamentos representassem nos conselhos dois lados de uma mesma moeda (as relações de poder), cujos lados não necessariamente se opõem, visto que, às vezes, a expressão de um favorece a expressão do outro e vice-versa.

As relações de poder produzirão potência quando possibilitarem o estranhamento, a problematização, o embate, o conflito, a tensão entre os atores; de modo a induzirem mudanças, criações e transformações, que possam, de alguma forma, fortalecer a dinâmica desses colegiados e a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo participativo, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de uma participação social mais efetiva nessas arenas políticas.

Por sua vez, essas relações de poder nos conselhos produzirão silêncios e silenciamentos, quando estas estabelecerem submissão, alienação, obediência, expropriação, interdições e censuras discursivas, capazes de confiscar a subjetividade dos atores envolvidos no processo participativo e tornarem os sujeitos sujeitados a calar-se ou resignar-se.

Vale ressaltar que, embora as potências, silêncios e silenciamentos, guardem características distintas, estes efeitos não necessariamente se opõem, ou seja, os

silêncios e silenciamentos nem sempre vão limitar a manifestação das potências e vice-versa. Por exemplo, num conselho de saúde uma problematização dos atores diante de uma questão importante, a respeito da política de saúde, pode até gerar recriminações de um conselheiro em relação ao outro, estabelecendo silêncios e silenciamentos, mas também, pode provocar ainda mais embate, confronto, gerando potência no processo participativo.

Assim, pode-se afirmar que nem mesmo a potência, tampouco os silêncios e silenciamentos, são efeitos dados de uma vez ou para sempre, ao contrário, são efeitos móveis e transitórios, que aparecem e reaparecem de modo constante nessas instâncias participativas do SUS.

Com base no objeto de estudo escolhido, privilegamos a discussão sobre a potência produzida no cotidiano desses espaços. Potência, que consiste numa categoria analítica intrincada que é compreendida, nesta dissertação, com base na perspectiva filosófica de Nietzsche, filósofo cujos pensamentos, sempre compareceram nos discursos de Foucault (OROPALLHO, 2005).

Nietzsche, fala sobre potência quando defende Vontade de Potência, ele a entende como sendo o próprio mundo que, segundo ele, se constitui a partir de uma

[...]multiplicidade de forças (ou impulsos) que estão permanentemente em conflito: forças que, ao assimilarem outras forças, crescem e expandem a sua potência; forças que, ao serem exploradas, reagem e tentam resistir à dominação. (OROPALLO, 2005, p. 121).

Para Nietzsche (1968), o mundo, os nossos corpos e os nossos pensamentos são constituídos por uma pluralidade de forças que geram valores. Forças em relação contínua que produzem tudo aquilo que existe. Segundo esse autor, toda força possui um querer, que ele denomina como Vontade de Potência. Para ele “a potência é, em si mesma, sempre vontade de mais potência” (NIETZSCHE,1968,702), ou seja, toda força quer expandir a sua potência. Assim, o mundo, os nossos corpos, tudo aquilo que existe é o resultado desses conflitos, dessas tensões entre forças.

A potência para Nietzsche (1968), assim como poder para Foucault (2001), se dá na relação, ou seja, ela é múltipla, móvel e transitória. Se, em física, potência é a capacidade de realizar trabalho, na filosofia Nietzscheana é a capacidade de efetivar-

se. Isto significa que, potência implica em ação, criatividade, conflito, tensão. É um efetivar-se no encontro com outras forças. Logo, nos conselhos observamos potências quando, por exemplo, há o confronto, a tensão, o embate entre os conselheiros de saúde em relação à política de saúde. Potência que, inclusive, pode se manifestar como movimentos de resistência, que consiste segundo Foucault em

[...] pontos móveis e transitórios, que introduzem na atuação da sociedade clivagens que se deslocam rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando [...] (FOUCAULT, 2006, p.107).

Assim, resistência, segundo este autor, consiste em potência que se manifesta no movimento, e que se apresenta de forma autônoma, amadurecida e espontânea do micro para o macro, irrigando todo o campo social de modo inventivo e móvel. Ela não é sempre igual, não se posiciona fora das relações de poder, ao contrário, é concomitante e ataca diretamente o funcionamento do poder e seus agenciamentos (SOBRAL, 2006).

Ressalta-se que não estamos chamando de resistência apenas os fatos quando nos debates e discussões das plenárias do conselho, por exemplo, um conselheiro se manifesta dizendo “eu protesto” ou “eu não concordo”. Resistência não é somente isso. Resistência é uma forma de manifestação de potência, que torna essa atitude questionadora. Muito além de um fato isolado, ao contrário, a torna um ato político, que pode afirmar diversas possibilidades criativas e inventivas no processo de luta pela melhoria na efetividade da participação nessas instâncias, levando a mudanças, transformações nas práticas e nas relações de poder que ali se delineiam entre os atores.

Quais serão, então, os mecanismos, os dispositivos, as técnicas, as posturas, os posicionamentos e os procedimentos que podem, de algum modo, fortalecer a expressão dessa potência nesses espaços coletivos do SUS? A fim de respondemos esses questionamentos trouxeram para essa reflexão experiências vivenciadas na dinâmica de alguns conselhos de saúde destacadas pela literatura. Sobre esse aspecto, vale ressaltar que, encontramos pouco material que destaca as formas de manifestação dessa potência. Por isso, foi essencial o encontro das publicações dos trabalhos laureados no Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa em Saúde. Prêmio criado em 2005, pela Secretaria de Gestão

Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A iniciativa conseguiu evidenciar e premiar diversas experiências exitosas de gestão participativa em conselhos de todo país, expondo diversas manifestações potentes frente aos desafios enfrentados pelos conselhos (BRASIL, 2005b).

Logicamente, não consideramos nessa discussão apenas os trabalhos laureados nessa condecoração, dialogamos também “com teorias e conceitos diversos, colocando em análise essa prática, tentando construir uma cartografia dessas potências” (FERLA; MATOS, 2012, p. 8).

Ao revisitarmos as súmulas dos estudos premiados no Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa em Saúde, compiladas em três coletâneas (BRASIL, 2007, 2008, 2010), notamos um significativo destaque para o avanço no campo da educação permanente (EP) voltada para conselheiros. A EP se apresenta como um mecanismo produtor de transformações desejantes, uma vez que por meio dessas ações tem sido possível qualificar melhor as práticas dos cidadãos, oportunizando esses atores a problematizarem as questões do cotidiano de suas práticas (LUIZ; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAUJO, 2014).

O avanço no processo de monitoramento das deliberações foi destacado nos trabalhos premiados, que reforçaram que o processo avaliativo sobre o desfecho das decisões tomadas nas plenárias tem contribuído sobremaneira para a efetividade do processo participativo (ALBUQUERQUE, et. al.; 2007).

A multiplicação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) foi citada, por se constituir numa importante via de afirmação do vigor da participação, visto que os CLS são instâncias responsáveis por exercer a participação com maior proximidade da comunidade. São locais estratégicos, capazes de ampliar a cidadania comunitária, uma vez que reconhecem nos moradores/usuários do território, membros parceiros na condução das decisões a respeito das políticas públicas de saúde o que tem contribuído para o fortalecimento da participação nos territórios (MALLMANN, et al., 2007; PRIMO; 2007).

Outro aspecto ressaltado nos trabalhos condecorados foi a crescente diversidade de movimentos sociais organizados que estão se fazendo representar nos conselhos, contribuindo para que as deliberações desses colegiados se aproximem das

necessidades e desejos dos diversos atores e grupos da comunidade (VIRTUOSO, 2007).

O avanço dos mecanismos de gestão participativa nos serviços de saúde, também foi destacado, isso porque, segundo Dresch (2008, p. 30) tem crescido a compreensão social de que

[...] não é porque nossa sociedade viveu durante muitos anos privada do exercício de democracia que, de repente, ela não possa se ver chamada a desempenhar um papel totalmente novo e ímpar nos conselhos municipais de saúde. De que maneiras? Apontando caminhos e compartilhando decisões, que devem ser disseminadas como forma de incentivar essa modalidade de gestão que está no ideário da Reforma Sanitária [...].

Cabe ressaltar, ainda, o destaque dado por alguns trabalhos à questão da transparência e divulgação das informações da gestão para os conselhos e dos conselhos para a comunidade. Sobre esses quesitos é importante destacar o atual Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), criado pelo Conselho Nacional de Saúde, e que tem operado como um sistema virtual contribuindo para publicização das ações e informações a respeito dos 5.628 conselhos de saúde brasileiros, municipais, estaduais e federal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Outra questão importante apontada por esses trabalhos foi o crescimento do processo de mobilização popular nesses colegiados, que tem buscado conexões internas e externas ao setor saúde, estabelecendo pontes e redes participativas.

Nesse sentido, alguns conselhos têm se constituído como palco para manifestação de potência e funcionado como terrenos férteis para a produção da problematização, do confronto, de tensões e de embates políticos, capazes de induzir mudanças, transformações no desenvolvimento da participação social.

A partir dessa ideia, reafirma-se a importância de se destacar as potências de agir dessas instâncias, para que possamos refletir melhor sobre os caminhos para a construção de uma participação mais efetiva nesses colegiados. Para tanto, são necessários esforços para se investigar essa potência, a fim de se abrirem novas relações de produção de valor e práticas institucionais nessas instâncias (GUIZARDI, 2009).

Nesta perspectiva, optamos por direcionarmos nosso olhar, centrando-nos não apenas nos notórios desafios já tão explorados pela literatura, mas também nas potências que são engendradas no cotidiano desses mecanismos participativos do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas dos conselhos de saúde frente aos desafios impostos à participação social com foco na potência.

2.2 OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS

Investigar como a potência tem sido produzida nos conselhos de saúde.

Destacar os fatores que tem limitado à expressão dessa potência.

3 METODOLOGIA

Quando nos propusemos analisar as práticas dos conselhos de saúde frente aos desafios à participação com foco na potência, supúnhamos, desde o início, que nos depararíamos com interações sociais, processos de produção, experiências e relações, o que nos fez optar por abordagens metodológicas que considerassem o caráter processual, subjetivo e complexo inerentes a esse fenômeno.

Diante das características dos objetivos desta pesquisa, optamos por utilizar a estratégia metodológica qualitativa, que nos possibilitou refletir sobre o processo de produção de potência e compreender melhor suas formas de manifestação e limites. O método adotado também nos auxiliou na produção e compreensão das opiniões, afetos, sentidos, conflitos e consensos vividos pelos conselheiros no âmbito desses colegiados (MINAYO, 2013).

Nesse percurso, primamos pelo rigor científico, o que nos induziu a revisitar de forma constante e reflexiva a temática estudada, bem como utilizar técnicas adequadas para produção, compreensão e análise dos dados, de modo a reduzir o surgimento de juízo de valores e impedir discursos e análises ilegítimas (MINAYO, 2013).

Quanto ao cenário do estudo, a escolha não foi aleatória. Desde o início, entendíamos ser importante, do ponto de vista metodológico, que a pesquisa fosse realizada em um município que possuísse certa organização dos serviços de saúde e que tivesse conselhos de saúde ativos. Com base nisso, verificamos que Vitória, capital do estado do Espírito Santo, reunia tais características. O município representava, na ocasião, o melhor nível de organização da atenção básica e era referência estadual em recursos assistenciais (BARCELOS et al., 2013, p.71), com conselho municipal criado desde 1991 e conselhos locais desde 2006.

Na ocasião do delineamento metodológico desta pesquisa, além do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o município possuía 26 Conselhos Locais de Saúde (CLS) ativos e seis inativos. O CMS era composto de 32 conselheiros de saúde, sendo 16 titulares e igual número de suplentes. Por sua vez, cada conselho local

era composto por oito conselheiros titulares e igual número de suplentes. Nos 26 CLS ativos, existiam aproximadamente 416 conselheiros entre titulares e suplentes.

Devido à extensão do cenário (um conselho municipal e 26 conselhos locais ativos) e da impossibilidade do pesquisador de se debruçar simultaneamente sobre todos os pontos, em um curto intervalo de tempo, foi necessário delimitar um grupo representativo para realização do estudo. A partir disso, verificamos que Vitória é um município dividido em seis Regiões de Saúde, conforme ilustra a Figura 1 a seguir:

Figura 1: Mapa de Regionalização de Saúde de Vitória-ES.



Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória (2013).

Cada região de saúde representa um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de bairros limítrofes, delimitados administrativamente pela própria secretaria de saúde, a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de melhor integrar à organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde nos territórios (MACHADO, 2010).

Verificamos que, cada região de saúde possuiu conselhos vinculados aos serviços de saúde locais e que estes colegiados participativos são interligados com o CMS e seguem uma lógica de funcionamento semelhante. Assim, entendemos que, diante dessa configuração regionalizada do município, seria possível delimitar um grupo representativo dos conselhos de saúde dessa capital. Pensamos, então, que seria prudente realizar o estudo no Conselho Municipal de Saúde e em um conselho local de cada uma das seis regiões. Para tanto, foi necessário estabelecer, a princípio, um critério para escolha dos conselhos locais. O critério escolhido foi um sorteio público, na tentativa de garantir a mesma probabilidade a todos esses colegiados de participarem do estudo. O sorteio foi realizado durante a Plenária do Conselho Municipal de Saúde, o que garantiu transparência e legitimidade ao processo. Na ocasião, foram sorteados seis conselhos locais de saúde que fizeram parte desta pesquisa.

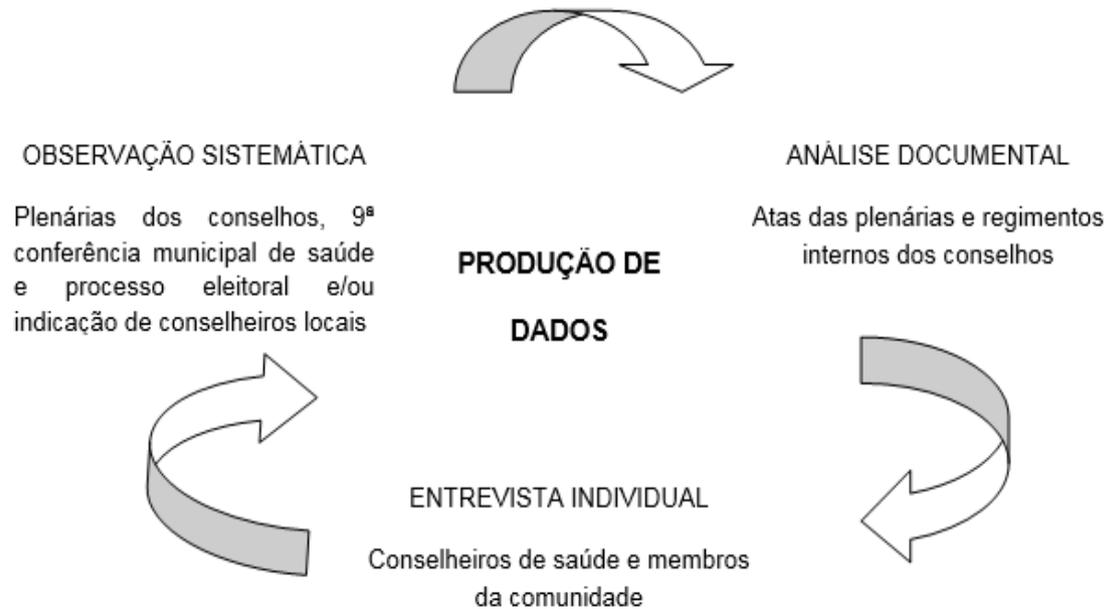
Ressalta-se que, antes e durante a fase de campo desta pesquisa, foram respeitados todos os preceitos éticos e recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Vitória-ES (ANEXO A), pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO B) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Comprometemos-nos também com o sigilo por meio do Termo de Sigilo e Confidencialidade dos Dados (APÊNDICE B).

Para a produção de dados, foram utilizadas técnicas e instrumentos diversos dentre eles, a observação sistemática das reuniões dos conselhos, da 9ª Conferência Municipal de Saúde e do processo eleitoral dos conselhos locais, bem como, a análise documental de atas das reuniões desses colegiados e regimentos internos e, ainda, entrevistas individuais em profundidade com conselheiros e membros da comunidade participantes desses espaços. Ressalta-se que, as técnicas e instrumentos empregados no estudo se complementaram durante todo o período de produção de dados da pesquisa, que teve duração total de sete meses (maio a novembro de 2015).

A pluralidade metodológica adotada foi fundamental para que nos aproximássemos de forma mais efetiva da realidade destes cenários. Isso porque, segundo Alves-Mazzotti (1998), a pluralidade é uma das características fundamentais das

pesquisas de abordagem qualitativa. Para melhor compreensão de como foram utilizadas essas técnicas, esboçamos esquematicamente o percurso metodológico conforme a Figura 2.

Figura 2: Percursos metodológico da produção de dados da pesquisa.



Fonte: o autor.

Inicialmente, a fim de nos aproximarmos da dinâmica desses espaços, realizamos a observação sistemática das plenárias dos sete conselhos, da 9ª Conferência Municipal de Saúde (realizada em julho de 2015) e do processo eleitoral dos conselheiros locais para o biênio 2016-2018.

As observações das plenárias dos conselhos foram realizadas mensalmente e norteadas por um roteiro guia (APÊNDICE C). Cada plenária durou, em média, duas horas, no caso dos CLS, e quatro horas, no caso do CMS. Vale destacar, que essas reuniões eram públicas e, por vezes, contavam com a presença de outros membros da comunidade.

No total foram 64 horas de observação durante os sete meses de campo. A observação do cotidiano desses conselhos foi feita com o olhar interessado para o

trabalho vivo em ato, para a micropolítica das práticas de participação enquanto espaço de disputa entre os sujeitos que produzem a participação social em saúde. Permanecemos neste campo, atentos com um olhar vibrátil, que segundo Deleuze e Guattari (1972, 1995), e ainda Rolnik (2006), são sensíveis aos efeitos dos encontros dos atores e de suas reações. A intenção foi olhar para os cenários considerando-os como um processo que possui um movimento e uma dinâmica próprios, onde estão em ação atores que se aliam e confrontam. Atores que são muitos em si mesmos, que mudam de lugar, que se expressam em diferentes planos conforme afetam e são afetados. Tratou-se de uma busca para expressar as diferenças, disputas, conflitos e consensos que foram sendo produzidos e produzindo novos protagonistas, um processo de descoberta e de produção da singularidade e do(s) sentido(s) presente(s) em seu cotidiano. Esse olhar vibrátil impregnou-se com os cenários e presenciou a construção das relações que se fazem nesses colegiados. Por isso, tomamos notas em diário de campo de muitos momentos, das conversas formais e informais que presenciávamos nesses conselhos, dos conflitos, dos consensos, das trocas de olhares, dos silêncios, dos tons de vozes, das linguagens corporais, dentre outras informações que foram fundamentais para a formação do corpus de análise desta pesquisa.

Vale registrar que, infelizmente, não foi possível observar a contento as plenárias de todos os conselhos locais. Em um deles tivemos sérias dificuldades para participar devido à rotatividade da gestão do serviço de saúde e à falta de organização do colegiado, no qual simplesmente as reuniões não ocorreram durante o período da produção de dados. Mesmo assim, registramos as tentativas frustradas que empreendemos para nos aproximarmos daquele conselho.

Destaca-se que, as observações das plenárias foram realizadas nas dependências das unidades de saúde, no caso dos conselhos locais de saúde, enquanto o acompanhamento das sessões do Conselho Municipal ocorreu no auditório da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde Professora Ângela Maria Campos da Silva (ETSUS-Vitória).

Por meio da observação foi possível perceber certos padrões, ou seja, situações que se repetiam e que eram típicas nos conselhos de saúde de Vitória-ES, bem como, estabelecer as diferenças. Os dados produzidos por meio da observação foram

importantes para certificar ou complementar aqueles obtidos por meio das outras técnicas e instrumentos utilizados.

Simultaneamente à observação empreendemos a análise documental das atas desses conselhos, relativas às plenárias que ocorreram entre os meses de novembro de 2014 a novembro de 2015. Realizando ainda, uma breve análise dos regimentos internos desses órgãos. No total, foram analisadas 65 atas dos conselhos e seis regimentos internos. Destaca-se que, esses documentos foram estudados com base em um roteiro guia (APÊNDICE D), com intuito de se investigar o que vinha sendo discutido e deliberado nesses espaços e como cada ponto de pauta vinha sendo encaminhado. Além das questões descritas no roteiro buscamos avaliar sua credibilidade, a partir de um olhar crítico, que buscou identificar o autor do que era registrado e o que estava escrito, sempre procurando relacionar isto com o que havia sido observado nas plenárias.

Por fim, paralelo a observação e análise documental, realizamos entrevistas individuais em profundidade, com base em um roteiro guia semiestruturado e previamente testado (APÊNDICE E). O principal intuito dessas entrevistas foi compreender a vivência desses sujeitos nos colegiados e buscar mapear as redes estabelecidas. As entrevistas foram realizadas com conselheiros locais de saúde e outros membros da comunidade que participavam das reuniões. No total, realizamos oito entrevistas nos dois conselhos locais nos quais observamos maior produção de potência, sendo duas entrevistas com representantes dos usuários, duas com representantes da gestão, duas com representantes dos trabalhadores e duas com outros membros da comunidade, que tiveram duração aproximada de quarenta minutos cada.

Os dados produzidos nessas entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos. Fragmentos dessas entrevistas são apresentados neste estudo em ocasiões oportunas nos resultados e discussão, mantendo em sigilo a identidade do emissor das falas, que foram identificados, nesta dissertação, por meio das siglas CS1, CS2, CS3, CS4, CS5, CS6 ou membro da comunidade. Quanto aos registros da observação, se apresentaram nos resultados no formato de notas expressando na íntegra os registros que realizamos.

A análise se deu concomitante à produção dos dados produzidos, com base pressupostos da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2004), que norteou as relações estabelecidas entre as referências teóricas do estudo e as unidades emergentes do material produzido, bem como, as relações entre as unidades emergentes e os objetivos da pesquisa, das quais surgiram os três grandes eixos de análise discutidos neste estudo: as relações de poder presentes nos conselhos de saúde; a manifestação da potência nos conselhos de saúde e os limites às manifestações de potência nos conselhos de saúde. Ressalta-se que, essas três categorias de análise encontram-se intrinsecamente interligadas, ainda que sejam apresentadas em separado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por muitas horas observamos o cotidiano das práticas dos conselhos de saúde de Vitória-ES. Observamos atentamente o conselho municipal e os cinco conselhos locais de saúde. Analisamos atas e regimentos internos e ainda entrevistamos conselheiros e membros da comunidade.

Deparamos-nos com conselhos de saúde que contavam com uma composição paritária. No CMS, existiam 32 conselheiros, 16 titulares e igual número de suplentes, sendo 50% dos conselheiros usuários; 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviços e governo. Nos CLS o arranjo era tripartite e contava com oito membros titulares e oito integrantes suplentes. Metade dos assentos era ocupada por usuários do sistema municipal de saúde pertencente aquele território de abrangência da unidade de saúde, 25% por representantes da administração municipal e 25% por trabalhadores de saúde.

Os conselheiros se reuniam mensalmente e notamos que, embora essas reuniões fossem públicas, havia uma inexpressiva presença dos demais membros da comunidade. Alguns conselheiros, como os que compõem o CMS, se reuniam outras vezes nas comissões, que eram responsáveis por acompanhar e fiscalizar diversas questões e áreas relacionadas aos serviços de saúde, tais como Saúde do Trabalhador; Fiscalização e Acompanhamento dos Contratos e Convênios, Acompanhamento dos Conselhos Locais, Educação Permanente para conselheiros, dentre outras.

Os momentos que passamos nesses locais nos proporcionaram captar as relações de poder que ali se configuravam, bem como, a potência se manifestando e agindo como força propulsora de mudanças e transformações no processo participativo dessas instâncias. Captamos ainda os limites que tem prejudicado a manifestação de potência no cotidiano desses colegiados. Chegamos, então, a três grandes eixos de análise: as relações de poder presentes nos conselhos de saúde; a manifestação da potência nos conselhos de saúde e os limites às manifestações de potência nos conselhos de saúde, que serão apresentados a seguir.

4.1 AS RELAÇÕES DE PODER PRESENTES NOS CONSELHOS DE SAÚDE

As relações entre conselheiros nos conselhos de saúde se constituem em relações de poder. Fazer essa afirmação coloca em questão a forma como se organizam essas relações na dinâmica desses colegiados. A fim de entender esse arranjo, foi necessário partir dos pressupostos de Foucault (1979, p. 182) que ressalta que

Captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar, captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras do direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material [...]

A partir disso, verificamos que as relações de poder estavam presentes nos conselhos. Estas não eram fixas, nem imutáveis, ao contrário, eram móveis e transitórias. Surgiam das relações entre os atores e se manifestaram no cotidiano desses espaços de inúmeras maneiras, gerando múltiplos efeitos (FOUCAULT, 2001). A análise dessas relações permitiu progresso na compreensão dos discursos e práticas dessas instâncias e nos fez refletir sobre como elas podem convergir para a democratização ou para a perpetuação da desigualdade e da submissão.

No presente eixo de análise destacamos os principais pontos de inflexão encontrados nos cenários estudados a esse respeito. Destacamos que optamos por privilegiar na discussão um tipo de relação de poder proveniente da relação entre os conselheiros representantes da gestão e os demais membros do conselho. Esse tipo de relação tem suscitado muitos debates no campo da participação, por delinear-se quase sempre de forma assimétrica na maioria dos conselhos. Para descrever esse tipo de relação foi necessário fixar e interpretar cenas e acontecimentos registrados durante a observação em busca de pistas que nos revelassem as características desse tipo de relação.

Diante disso, fomos a busca de indícios que nos revelassem as peculiaridades dessa relação e identificamos, a partir dos registros do diário de campo, algumas dessas especificidades conforme ilustra a nota 1:

NOTA 1

[...] comparecemos a unidade de saúde em buscas de informações sobre o conselho local daquele território e fomos comunicados por funcionários que há tempos não ocorria reuniões naquele conselho. Solicitamos então os contatos dos conselheiros, mas os trabalhadores nos informaram que não possuíam esses contatos, tampouco, sabiam das atas daquele pleno e do calendário das reuniões, segundo eles, apenas o gestor poderia nos fornecer essas informações, visto que ele era o presidente do conselho, mas este se encontrava de licença [...]

(DIÁRIO DE CAMPO, maio de 2015)

Verificamos que, tanto o CMS quanto os seis CLS estudados, eram presididos por gestores. OS CLS pelos diretores da unidade de saúde considerados, presidentes natos destes, e o CMS pelo secretário municipal de saúde, eleito entre seus pares. Ocorre que, a prevalência de gestores neste cargo tem suscitado muitos questionamentos, conforme reforça a fala de um conselheiro:

“Onde já se viu pedir a raposa para tomar conta do galinheiro?” (CS4).

A nota e a fala citadas ilustram bem as relações de poder assimétricas existentes entre conselheiros representantes da gestão e os demais membros do conselho. Na literatura há críticas generalizadas a esse respeito, visto que, essas posturas centralizadoras por parte da gestão, acabam por boicotar a participação nesses espaços (FARIAS FILHO; SILVA; MATHIS, 2014; GRIZOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010; GUIZARDI, 2009; CRACO; ALMEIDA, 2004; VÁSQUEZ et al., 2003; CHAÚÍ, 1993).

Para Oliveira e Pinheiro (2010, p. 2455) o predomínio de uma cultura conservadora tem se configurado como “um dos condicionantes das práticas de participação no conselho, expressa no autoritarismo e cooptação nas relações entre os gestores municipais e os representantes da sociedade civil”. Segundo Labra (2006), isso acontece, pois muitos gestores se sentem ameaçados pelos conselhos de saúde, uma vez que esses espaços possuem, dentre suas funções a responsabilidade de fiscalizar a condução das políticas de saúde por parte da gestão.

Ressalta-se que, a conservação dessas forças assimétricas de poder, muitas vezes, têm se dado de forma velada. Na maioria dos CLS estudados, por exemplo, foi identificado que os pontos de pauta partiam dos gestores. No CMS isso também foi observado, embora exista uma mesa diretora que discute, entre os quatro seguimentos, os pontos que comporão a pauta. Essa preponderância limita as questões a serem discutidas nessas plenárias, e faz com que assuntos importantes das políticas públicas de saúde permaneçam como “não questões” (CÔRTEZ, 2002). Isso tem gerado queixas por parte de alguns conselheiros do município, segundo exemplifica uma fala de um conselheiro registrada durante a 9ª Conferência Municipal de Saúde:

[...] por várias vezes tentei colocar como ponto de pauta questões que considero importantes relacionadas à política de saúde, mas sei lá, nunca passava na mesa diretora, tudo é muito corrido nas reuniões e, às vezes, eles não querem gerar polêmica [...] (CS6).

A partir desta fala surgiram os seguintes questionamentos: gerar polêmica para quem? Os conselhos não devem ser palcos de debates, conflitos e tensões? Foram nas entrelinhas das observações das práticas e discursos desses espaços, que encontramos respostas para essas indagações.

Notamos que as pautas das plenárias eram extensas e elencavam questões complexas, sobretudo no CMS, culminando em pouco espaço para reflexão e debate das questões e gerando insegurança no momento das votações das propostas de deliberações. Os encontros mensais, de curta duração, não conseguiam atender a contento a amplitude das questões. O horário em que as plenárias aconteciam, na maioria dos conselhos estudados, não privilegiava a participação de todos os atores, especialmente dos usuários que trabalhavam e demais membros da comunidade.

Outra questão notada foi o uso excessivo da linguagem técnica, sobretudo, no âmbito do conselho municipal de saúde, no qual observamos debates e discussões que traziam dados financeiros, relatórios de gestão, contratos e convênios, dentre outros, que se configuram em assuntos intrincados, distantes da realidade da maioria dos conselheiros. Segundo Stralen e outros (2010), a linguagem técnica, em geral, é

conhecida dos trabalhadores e gestores, mas entre os usuários o que predomina é a linguagem prática, relacionada ao mundo da vida, fazendo emergir barreiras na comunicação e interação entre esses sujeitos e pode prejudicar o debate e o conflito político entre os atores.

Assim, os problemas típicos que afetam a vida e a saúde da comunidade são, por vezes, nesses espaços, transformados em problemas técnicos a serem resolvidos por um número reduzido de especialistas, que acabam por caracterizar um processo de inibição da comunicação dos sujeitos. Isso corrobora para uma forma de dominação da racionalidade técnica e determina o silenciamento de alguns conselheiros, especialmente, representantes do seguimento dos usuários (HABERMAS, 1987).

Observamos muitos silêncios, conselheiros que se posicionavam com tons de vozes embargados e comedidos durante as discussões. Isso se deve, em parte, ao uso recorrente de artifícios de saber e poder por parte de alguns seguimentos, como o do governo e dos trabalhadores. Visto que estes, muitas vezes, ao se valerem do discurso técnico-científico, podem estabelecer a monopolização dos diálogos, produzir opressão, impotência e silenciamento dos usuários, o que dificulta o estabelecimento de uma comunicação realmente democrática entre todos os participantes dessas arenas. (QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2013; LONGHI; CRACO; PALHA, 2013; CRACO; ALMEIDA, 2004).

Na maioria dos conselhos estudados, do município de Vitória - ES, verificamos que as relações de poder tendiam para a perpetuação da desigualdade e da submissão. Apenas em dois, dos sete conselhos acompanhados, é que notamos que elas convergiam para o estabelecimento de relações democráticas entre os sujeitos. Será sobre essas experiências positivas que discutiremos no próximo eixo de análise.

4. 2 A MANIFESTAÇÃO DA POTÊNCIA NOS CONSELHOS DE SAÚDE

A potência é uma força proveniente das relações de poder que se estabelecem entre os conselheiros. Ela surge de forma espontânea e criativa possibilitando o estranhamento, a problematização, o embate, o conflito, a tensão entre os atores

desse espaço participativo de modo a induzir mudanças, criações e transformações, que de alguma forma, fortalecem o processo participativo nesses colegiados.

Em dois conselhos locais de saúde do município de Vitória foi possível observar a manifestação dessa força de modo mais sistemático. Com base nisso, construímos o presente eixo de análise que trata das peculiaridades da manifestação da potência e desvela os mecanismos, técnicas, procedimentos e posicionamentos que tem operacionalizado esse aparecimento, nesses conselhos, induzindo mudanças e transformações no processo participativo.

Observamos que a potência nesses conselhos surgia de modo inesperado e temporário. Por isso, foi fundamental a observação atenta das práticas desses colegiados e das relações de poder que ali se estabeleciam entre os diversos atores. Presenciamos debates calorosos e produtivos e uma significativa articulação entre os sujeitos desses espaços locais. Nestes casos, a essência da participação parecia acontecer. Essência que, segundo Lijphart (2003), surge apenas quando às decisões são tomadas a partir de debates e conflitos entre cidadãos livres e iguais.

Notamos autonomia nos membros desses dois colegiados. Autonomia, que segundo Foucault, conquista-se por meio de uma libertação que acontece pelo exercício singular de práticas de liberdade e ampliam a ética de um cuidado de si, o que torna socialmente plausível a libertação de relações de poder assimétricas, que se caracterizam por exercerem um controle e uma dominação opressora dos indivíduos desses colegiados. Nesses dois casos, entretanto, os conselheiros agiam de forma autônoma, espontânea, criativa e proativa nas reuniões, propunham pontos de pauta, apresentavam demandas da comunidade, publicizavam as ações desse colegiado para a comunidade, traziam membros da comunidade para participarem das reuniões do conselho e se engajavam nas ações comunitárias da unidade de saúde.

As reuniões iniciavam por volta das 17 horas em um conselho e 17h30min horas no outro e percebemos que esse horário oportunizava um maior número de pessoas a participar dos encontros, pois não conflitava com o expediente de trabalho da maioria. De fato, estes foram os dois conselhos nos quais verificamos as plenárias mais cheias, tanto de conselheiros, quanto de demais membros da comunidade.

Contudo, essas instâncias locais curiosamente possuíam algumas características distintas, dentre elas à presidência: um conselho local era presidido por um gestor que valorizava o espaço do conselho, primava pela cogestão e estimulava a autonomia dos atores, pois procurava estabelecer relações mais horizontais. O outro conselho era presidido por um gestor que atuava de forma centralizadora e autoritária, parecia não reconhecer o espaço do conselho e pouco valorizava as ações e deliberações daquele pleno.

Mesmo em contextos tão distintos observamos potência nessas duas instâncias locais. Contudo, a potência se manifestou de modo diferente: em um conselho, a potência surgiu estimulada pela cogestão e pela gestão participativa empreendida pelo gestor, no outro colegiado, apresentou-se como movimentos de resistência frente as relações de dominação impostas pelo gestor.

A NOTA 2 a seguir, ilustra formas comuns de potência encontrada nesses dois colegiados

NOTA 2

[...] durante a plenária o presidente do conselho (gestor da unidade de saúde), a partir de dúvidas e desconhecimento de alguns conselheiros, propôs e debateu junto ao pleno sobre a necessidade de se trabalhar a informação dentro daquele espaço. Os encontros que se seguiram, foram marcados por uma série de debates sobre o assunto [...] Por fim o pleno chegou ao consenso que seria necessário que o colegiado buscasse sair do isolamento. Precisava obter, trabalhar e difundir melhor as informações a fim de garantir um processo participativo mais efetivo. Alguns conselheiros defendiam que era necessário que o conselho se fizesse conhecer e reconhecer pela comunidade, estabelecendo pontes com esta, e interligando as ações do conselho aos demais pontos da rede de atenção à saúde, na tentativa de articular forças.

(DIÁRIO DE CAMPO, agosto, setembro, outubro e novembro de 2015).

A conscientização da importância da democratização da informação e o estabelecimento de redes participativas foram formas de expressão de potência observadas nesses dois colegiados que induziram mudanças e transformações nesses dois espaços locais estimulando o desenvolvimento do processo participativo.

A partir da análise das atas e observação das plenárias verificamos os vários assuntos que eram discutidos nessas reuniões. Notamos que eram temas complexos, distantes da realidade cotidiana da maioria dos conselheiros,

relacionados a processos de trabalho, fluxo de serviços de saúde, dados epidemiológicos do território, fiscalização das ações da gestão da unidade, recursos humanos e infraestrutura dos serviços, dentre outros. Por isso, a democratização da informação naqueles espaços se fazia tão importante, pois impulsionava o “[...] processo democrático, na tomada de decisão em saúde, na transparência pública, na gestão qualificada do SUS e, principalmente, para o exercício da participação e do controle social. “(BRASIL, 2005c, p.5).

Essa democratização da informação acontecia por meio de cursos ou momentos de formação, que eram empreendidas, muitas vezes, dentro das próprias reuniões dos conselhos. Era comum a presença de técnicos da secretaria de outros convidados nas reuniões dessas duas instâncias locais, para esclarecer dúvidas, dar explicações sobre programas e serviços de saúde, falar da realidade epidemiológica do município, debater temas que o pleno desconhecia, dentre outros. Dos oito entrevistados desses espaços, sete afirmaram terem participado de duas ou mais capacitações naquele ano oferecidas pelo CMS, além de considerarem muito relevante esses momentos de formação que se davam durante as plenárias.

Quanto ao estabelecimento de redes participativas, notamos uma preocupação legítima, por parte dos conselheiros, em estabelecer essas pontes com a comunidade, bem como, com os demais serviços de saúde do município. Membros da comunidade participavam dessas plenárias e traziam demandas da comunidade. Identificamos, por meio da análise das atas e das entrevistas, as entidades as quais esses sujeitos estavam vinculados e percebemos que eles se articulavam de modo efetivo com essas entidades que representavam, caracterizando legitimidade na representação. Conforme ilustra a fala de um membro da comunidade entrevistado:

“[...] não sou conselheira, mas participo aqui das reuniões. Faço parte da associação do bairro, e lá o conselheiro que nos representa aqui no conselho, sempre leva as questões de saúde da unidade e do município, e nós levamos para ele as demandas da comunidade, é uma troca que tem dado certo [...]” (membro da comunidade)

Ressalta-se que, essas redes são fundamentais para tornar esses espaços participativos mais permeáveis a inclusão de novos sujeitos, ao intercâmbio com outros espaços e, com isso,

[...] os sujeitos que participam compreendem o seu poder, o mesmo acontecendo com os que não participam. Valoriza-se e cresce-se uma cultura participativa que se amplia para outros campos e setores em busca de uma rede participativa. (SCOREL; MOREIRA, 2008. p. 996)

Destaca-se, ainda, que a legitimidade representativa implica uma potência que impulsiona o processo participativo nesses locais, pois a interação entre representantes e representados é fundamental para que as ações e deliberações desses plenos se aproximassem das demandas e necessidades locais. Nesses espaços locais encontramos atores ligados a diversos movimentos e entidades, tais como igrejas, associação de moradores, associação de pacientes portadores de patologias, movimentos de negros, de mulheres, LGBTTT, dentre outros. Conselheiros que, inclusive, participavam concomitantemente de vários espaços, segundo expressa a seguinte fala

“[...] eu participo desse conselho local, mas frequento a associação do meu bairro, e ainda sou da pastoral da criança e às vezes visito as reuniões do conselho municipal como ouvinte [...]” (CS1)

Essa diversidade de entidades e movimentos, que habitam esses conselhos, incluem no processo participativo novo e diferentes atores que colaboram sobremaneira para o desenvolvimento do processo participativo, contribuindo segundo Oliveira e Pinheiro (2010, p. 2461) para a

formação de uma nova cultura política, adjetivada como democrática. Essa cultura política é identificada com as relações democráticas, de respeito à pluralidade, às diferenças, à noção de direito de cidadania e luta pela publicização do Estado.

Outra forma de manifestação de potência observada foi o posicionamento de alguns conselheiros que possuíam proatividade, senso crítico, sentimento de pertencimento ao SUS e amadurecimento político, conforme destaca a seguinte NOTA 3:

NOTA 3

Esse conselho da certo porque grande parte dos conselheiros aqui é persistente, buscamos informação, lutamos mesmo, batemos de frente com quem for pelo direito a saúde da comunidade e sabemos o nosso papel, somos o elo entre a unidade e a comunidade e acreditamos no SUS [...]”.

(DIÁRIO DE CAMPO, outubro de 2015).

Cabe destacar que, o desenvolvimento de tais características ilustradas nessa nota é essencial para que se propague uma cultura participativa nesses colegiados do SUS. Cultura que, segundo Escorel e Moreira (2008, p. 986) pode ser resumida na

[...] disseminação dos valores democráticos em uma determinada sociedade: quanto mais efetivos eles forem, maiores as possibilidades de os cidadãos pressionarem as instituições para serem mais permeáveis à participação e, por conseguinte, para legitimar as instâncias participativas. (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p. 986).

Fazer com que os cidadãos possam participar ativamente do processo de construção das políticas públicas não é uma tarefa fácil. Esse processo só pode se dar por meio de mecanismos que valorizem os saberes prévios do povo e suas realidades culturais, empoderando-os para um olhar crítico, para a abertura ao diálogo e a participação. Para Pinheiro (1995) e Côrtes (1998), a cultura política é um condicionante essencial para o exercício da participação social nesses colegiados do SUS.

Verificamos que a motivação coletiva também se apresentou como potência nessas instâncias, segundo expressa a fala de um dos entrevistados:

“[...] o que vejo de positivo aqui é que a maioria dos conselheiros luta pelo coletivo, deixando de lado seus interesses particulares. [...]” (CS3)

Esta fala corrobora com os resultados encontrados na pesquisa de Santos, Vargas e Lucas (2011), que também concluíram que a motivação coletiva é adequada à sensibilização dos sujeitos em favor de uma ação que favorecerá a todos, tornando o processo participativo mais justo e solidário.

Presenciamos nesses colegiados do SUS uma preocupação dos atores com a publicidade das ações do conselho, uma forma de expressão de potência que vimos emergir das ações de alguns conselheiros de saúde, quando, por exemplo, alguns deles produziram cartazes sobre o conselho para serem afixados na comunidade, disponibilizaram informações sobre aquele espaço nas redes sociais, contataram membros da comunidade para participarem das reuniões, buscaram de canais de comunicação com a população, dentre outras ações.

A visibilidade das ações desses espaços do SUS é fundamental para a efetividade participativa, pois promovem comprometimento e responsabilidade. Segundo a Resolução nº 453/2012, os conselhos devem “[...] divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p.11). Essa visibilidade garante a confiabilidade nos mecanismos participativos do SUS e ainda cumpre um papel educativo junto à sociedade, pois afiança a possibilidade da real efetivação da participação social na gestão das políticas públicas de saúde (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2010).

Observamos, ainda, nesses espaços locais de saúde, à ênfase na reflexão de suas práticas. Os conselheiros vocalizavam suas necessidades e desejos, propunham temáticas, problematizavam questões e solicitavam formações a partir de suas vivências, bem como, analisavam suas práticas enquanto conselheiros.

Os conselheiros entrevistados consideraram esses momentos singulares. A fala a seguir, ilustra isso

“[...] desde que começamos a refletir sobre o nosso papel de conselheiros, ter esses momentos de aprendizagem entre nós, as coisas mudaram para melhor [...]” (CS2)

Esses momentos de reflexão produziam no grupo um novo impulso, determinando modificações na prática desses sujeitos. Isto corrobora com elementos propostos pela educação permanente (EP) voltada para conselheiros de saúde e representa uma potência que precisa ser reforçada no cotidiano desses espaços. A EP para conselheiros pode transformar a prática participativa desses colegiados, empregando ações e metodologias que valorizam e estimulam o protagonismo desses atores (DUARTE; MACHADO, 2012).

Habermas (1987) defende que a formação política da opinião e da vontade dos cidadãos possui grande valor como mecanismo emancipador nesses espaços participativos. Por isso, Luiz, Quintanilha e Dalbello-Araujo (2014) sinalizavam para a importância de se desenvolverem programas de educação permanente efetivos, voltados para esses sujeitos, que partam das necessidades dos atores e dialoguem

com os saberes prévios desses sujeitos, levando-os a contextualizar as novas informações com o cotidiano de suas práticas.

Nos dois conselhos locais investigados mais sistematicamente, verificamos potência sendo manifestada por meio de movimentos de resistência, caracterizados em embates e conflitos, principalmente, naquele conselho presidido por um gestor inflexível e autoritário. Neste espaço a maioria das reuniões, que acompanhamos, foi tensa, com discussões e agitações que surgiam de forma inesperada e pareciam contra atacar diretamente as formas de manipulação e submissão, conforme ilustra a seguinte nota 4,

NOTA 4

Ao chegarmos ao conselho para participarmos de mais uma reunião, presenciamos o presidente queixando-se com um funcionário da unidade de saúde dos demais conselheiros, afirmava que estes pareciam somente querer atrapalhar o funcionamento da unidade [...]. Tempos depois, participamos de outra reunião, quando um conselheiro /usuário trouxe para o grupo a proposição de revisão do regimento interno do conselho, segundo ele esta era uma reivindicação antiga do pleno que sempre foi desconsiderada. De imediato, o presidente rebateu o conselheiro, dizendo não haver necessidade de reformulação no documento. Nesse momento, o pleno se manifestou defendendo a reformulação, um deles referiu “[...] mesmo que o documento já exista não quer dizer ele não precise de melhorias, de reformulação, tudo precisa de mudança [...]”. O presidente exaltado retrucou: “[...] o conselho local não tem autonomia para elaborar seu próprio regimento, ele depende da anuência do conselho municipal de saúde [...]”. A maioria dos conselheiros discordou do posicionamento do presidente. Outro conselheiro exaltado afirmou “É lógico que o conselho local tem autonomia, nós temos plena autonomia sim, por isso o regimento deve ser discutido e votado pelo grupo, o conselho pode e deve decidir sobre seu próprio funcionamento, se não que sentido ele tem de existir? ”

(DIÁRIO DE CAMPO, junho e agosto de 2015)

A resistência verificada se apresentou de forma espontânea, móvel e transitória trazendo mudanças que contribuíram para a participação naquele pleno: os membros do conselho municipal foram convocados ao conselho local para prestar esclarecimentos sobre a questão do regimento e autonomia daquele espaço; os atores do conselho local se uniram com membros da comunidade para iniciaram os trabalhos de reformulação do regimento e o presidente do conselho solicitou desligamento daquele colegiado, alegando que não seria mais o gestor da unidade. Logo, destacamos, que a potência pode se apresentar no cotidiano desses colegiados de forma distinta, inclusive, como movimentos de resistência.

Cabe destacar que, esses dois conselhos locais não representam modelos perfeitos de participação, pois neles também encontramos limites. Mas foram duas experiências que nos revelaram caminhos e possibilidades para repensar as práticas desses conselhos a partir da perspectiva da potência. Nesse sentido, compreender como se configuram as relações de poder, enquanto produtoras de potência, nesses conselhos de saúde de Vitória, foi fundamental para que pudéssemos apontar propostas que enfatizem as relações e possibilitem a participação de todos os atores nessas instâncias, de uma forma mais democrática. Sinalizaram-nos, também, alguns requisitos essenciais para que essa democratização das relações realmente se concretizem no interior dos conselhos de saúde, tais como: a autonomia dos membros dos conselhos; a cogestão; a democratização da informação; o estabelecimento de redes participativas; a legitimidade representativa; a diversidade de movimentos e entidades sendo representados; o sentimento de pertencimento ao SUS; o amadurecimento político dos atores; o desenvolvimento de uma cultura participativa; a motivação coletiva; a publicização das ações dos conselhos; a ênfase na educação continuada, bem como, na educação permanente voltadas para conselheiros, e ainda, os movimentos de resistências contra os agenciamentos de poder, dentre outros.

4. 3 OS LIMITES ÀS MANIFESTAÇÕES DE POTÊNCIA NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Diante do fato de termos encontrado manifestações de potência de forma mais sistemática em apenas dois dos sete conselhos estudados, nos ocorreu o seguinte questionamento: O que poderia estar limitando às manifestações de potência nos demais conselhos? Na tentativa de responder essa indagação é que construímos o presente eixo de análise.

Verificamos que, embora o CMS de Vitória esteja concretizado legalmente desde o ano de 2001 e os CLS desde 2006, são muitos os limites encontrados nas práticas desses espaços, criando barreiras para o desenvolvimento do processo participativo.

Presenciamos muitas lutas na operacionalização desses colegiados. Lutas por se fazerem conhecer, reconhecer e serem valorizados pela gestão. Luta para se tornarem espaços públicos autônomos e efetivos colegiados de reivindicação, formulação, controle e avaliação das políticas públicas.

Lutas, inclusive, por infraestrutura de funcionamento, visto que o conselho municipal de saúde ainda não possui espaço físico adequado para o desenvolvimento de suas atividades. Sua sede encontra-se, atualmente, em um espaço improvisado nas dependências administrativas da secretaria de saúde. A esse respeito, presenciamos discussões acaloradas, nas quais alguns conselheiros questionavam o presidente do conselho, que é secretário de saúde, sobre isso.

Verbalizaram, ainda, que a sala atual de reuniões do CMS é pequena, com poucos computadores, o que inviabiliza a realização das plenárias no local ou, até mesmo, o encontro de membros de duas ou mais comissões no conselho. Atualmente, as plenárias e algumas reuniões das comissões do CMS têm ocorrido no auditório da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS-Vitória). Por sua vez, os conselhos locais acompanhados, também não possui espaço próprio e as reuniões ocorrem quase sempre no auditório ou em alguma sala das unidades de saúde.

A curta duração das plenárias é sempre questionada por parte de alguns conselheiros. As reuniões duram, em média, de duas horas, no caso dos conselhos locais, e quatro horas, no caso do conselho municipal. Isso faz com que as pautas não tenham tempo hábil para serem amplamente refletidas e debatidas pelo pleno, gerando, muitas vezes, insegurança no processo deliberativo. (VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009).

As formas autoritárias e tradicionais de gestão também prevalecem nesses espaços. Esses formatos delineavam ações centralizadoras que acabavam por boicotar a participação social e impedir que a Gestão Participativa e a cogestão se tornassem uma realidade nessas instâncias do SUS (FARIAS FILHO; SILVA; MATHIS, 2014; GRIZOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010; GUIZARDI, 2009).

Destaca-se que essas problemáticas organizacionais e estruturais encontradas nos conselhos de saúde de Vitória, são dificuldades encontradas em muitos conselhos brasileiros, cuja provisão de recursos e organização do funcionamento acaba ficando a cargo da gestão. Essas questões, quando não solucionadas, implicam na

deslegitimação desses espaços, pois geram dificuldades e insegurança no processo decisório, uma vez que interferem em dois dos quesitos fundamentais para o pleno funcionamento de um conselho – a organização e a autonomia (MOREIRA; SCOREL, 2008; LABRA, 2006).

A falta crédito na efetividade no sistema representacional, na maioria dos conselhos, foi outro achado importante encontrado. Ouvimos muitos relatos de conselheiros questionando esse sistema, alegando que essa representação ficava apenas no papel. Conforme destaca a seguinte nota 5, extraída das observações da 9ª Conferência Municipal de Saúde.

NOTA 5

9ª Conferência Municipal de Saúde: Uma conselheira comenta nas discussões do Grupo Temático 2 / Eixo II Participação social e Eixo VI Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS que na representação você transfere sua responsabilidade de discutir e decidir para outro, mas se esquece de acompanhar esse que você elegeu para te representar, com isso ocorre um descolamento das ações e ideais do representante das bases que o elegeram e isso implica em uma falha nesse processo.

(DIÁRIO DE CAMPO. julho de 2015).

Esse desprestígio do sistema representacional, devido ao distanciamento entre representantes e representados, é um limite presente não só nos conselhos de saúde, mas, inclusive, na própria democracia representativa brasileira. Essa questão é muito relevante, pois se não solucionada culmina com a “[...] apatia da população e descrença na eficácia da participação e do engajamento cívico” (LABRA, 2006, p. 19). A falta de crédito na representação talvez também explique, em parte, outro achado desta pesquisa, que foi a pouca procura por parte dos membros da comunidade e dos trabalhadores de saúde pelas candidaturas à conselheiro durante o processo eleitoral, que acompanhamos na maioria dos conselhos locais. Presenciamos, ainda, reuniões abortadas por falta de quórum, conselhos esvaziados e a presença rotineira dos mesmos sujeitos. Para Moreira e Escorel (2008, p.992) esse

[...] hiato entre a consolidação das instituições e as necessidades vividas pelos sujeitos em seu dia-a-dia, entre as possibilidades de eles participarem e o resultado das políticas públicas, entre o processo eleitoral e a garantia de direitos, demonstra a necessidade de introduzir novos eixos para a compreensão da democracia e de suas relações com a participação social.

Contudo, é preciso considerar que o processo de internalização dos valores democráticos, por si só, é demorado e o processo de redemocratização do país e democratização das instituições é muito recente no Brasil, de modo que as instituições e os próprios brasileiros ainda não estão alinhados com esse ideal (LABRA, 2006).

A fragmentação institucional também foi observada, verificamos pouca interlocução entre o CMS e os CLS, mesmo existindo no âmbito do CMS uma comissão intitulada “Comissão de acompanhamento dos Conselhos Locais”, com o objetivo de acompanhar o processo participativo nos territórios e funcionar como uma ponte entre o conselho municipal e os locais. Esse mecanismo de interlocução parece não estar sendo suficiente, pois a falta de interlocução compareceu. Como ilustra o seguinte registro realizado durante as observações da 9ª conferência municipal de saúde:

NOTA 6

9ª Conferência Municipal de Saúde: Um conselheiro propõe durante as discussões do Grupo Temático 2 / Eixo II Participação social e Eixo VI Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS as seguintes proposta: Necessidade de aproximar o conselho municipal dos conselhos locais. Essa proposta gerou calorosas discussões. Culminando com a aprovação na plenária da seguinte proposta: “Realizar reuniões ordinárias itinerantes do conselho municipal de saúde, nas regiões de saúde “.

(RELATÓRIO DA 9ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA- ES).

Observamos uma grande diversidade das matérias que são debatidas nesses espaços e com base na análise das atas identificamos os principais temas. No conselho municipal verificamos que prevaleceram discussões sobre prestação de contas dos relatórios de gestão; contratos e convênios; avaliação das políticas e programas de saúde; avaliação do atendimento à população; recursos humanos; reforma e construção de serviços de saúde; avaliação dos programas de saúde; orçamento e financiamento; organização das conferências; controle de endemias e epidemias; fiscalização das políticas, informes da secretaria, dentre outros. Nos conselhos locais predominaram debates sobre as necessidades de saúde locais e o funcionamento da unidade de saúde tais como: processo de trabalho; fluxos de serviços das unidades; realidade epidemiológica do território; campanhas educativas da unidade; recursos humanos da unidade; infraestrutura da unidade; controle de endemias e epidemias do território; informes da unidade de saúde.

São questões complexas que, muitas vezes, exigem conhecimentos técnicos específicos, difíceis de serem compreendidos por todos os conselheiros conforme depreendemos da seguinte fala

[...] sou conselheiro local do seguimento dos usuários e não consigo entender muitas coisas que o diretor traz para as reuniões, leis, um monte de números das contas da prefeitura, são palavras difíceis [...] (CS5)

O que exige, por parte dos conselhos, à existência de ações de formação contínua voltadas para esses sujeitos. Verificamos que o município vem empreendendo esforços nesse sentido desde 2010, contudo, as ações ainda são muito pontuais, não atingem todo o público. Às vezes, deixam de acontecer por falta de verbas. Os métodos didáticos também precisam ser renovados, focando em metodologias que partam das realidades, das necessidades, das vivências e das experiências dos sujeitos com foco em “metodologias inovadoras de ensino, como a educação dialógica e a educação popular” (LUIZ; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAUJO, 2014, p. 34)

Observamos que, embora implantada desde 2009, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS ainda não se efetivou no município. Na maioria dos conselhos acompanhados não verificamos ações de educação permanente, em pouco desses colegiados vimos espaços para que os atores reflitam e coloquem suas práticas em análise, sinalizando que é necessário empreender mais esforços para o desenvolvimento dessa política nessa capital.

Notamos que a publicização das ações dos conselhos ainda é falha no município, poucas informações são disponibilizadas para a comunidade que, muitas vezes, desconhece sobre a existência dos conselhos. Embora as reuniões do CMS e dos CLS sejam abertas a todos os membros da comunidade que desejam participar, essa não ocorre como o esperado. Em poucos conselhos acompanhados observamos presença expressiva de membros da comunidade não conselheiros.

Os limites dos conselhos apontados nesta pesquisa corroboram com os limites apontados em outros estudos, que sustentam que a simples institucionalização desses colegiados de controle das políticas públicas não garante seu pleno funcionamento. Existe, na prática, diversos fatores que interferem nesses espaços,

restringindo a manifestações de potência e, conseqüentemente, interferindo na efetividade do processo participativo (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; OLIVEIRA et al., 2009; DUARTE; MACHADO, 2012). Por isso, faz-se necessário repensar as práticas desses colegiados, refletindo sobre seu cotidiano, formas de funcionamento e sobre as relações de poder que ali se delineiam, bem como, sobre os possíveis mecanismos, técnicas, procedimentos e posicionamentos que podem estimular a potência e diminuir os limites nesses espaços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a instituição da Participação Social neste, possui mais de duas décadas. Contudo, o processo de construção da participação ainda se depara com muitos desafios, sobretudo no âmbito dos Conselhos de Saúde. São obstáculos que colocam em evidência a legitimidade do funcionamento desses espaços e sinalizam para a necessidade de discussão e análise do cotidiano de suas práticas.

Com base nisso, analisamos as práticas dos conselhos de saúde frente aos desafios impostos à participação social com foco na potência. Trata-se de um assunto complexo, que requer um olhar apurado para o cotidiano das práticas nestes espaços. Para abordá-lo, do ponto de vista dos que atuam nestes colegiados, debruçamo-nos em buscar as bases teóricas que poderiam nos dar suporte, a fim de nos apropriarmos de tal complexidade. A trajetória teve início com o mergulho na temática participação social e, em seguida, nas práticas participativas dos conselhos, seus desafios e potência.

Ao refletir sobre a participação social nos conselhos, notamos que há nela algumas especificidades. Os conselhos se constituem em colegiados que pressupõem em suas práticas relações entre os diferentes atores que ali atuam. São instâncias idealizadas para serem palco de diálogo, debates, antagonismos, confrontos e disputas. Neles encontramos um constante jogo de forças entre gestores, usuários, prestadores de serviço e governo. Logo, esses espaços são permeados por relações de poder. Relações, que são móveis, transitórias, podendo alterar-se e produzir múltiplos efeitos, como, por exemplo, potências, silêncios e silenciamentos.

Produzirá potência quando essas relações de poder gerarem o estranhamento, a problematização, o embate entre os atores, de modo a induzirem mudanças, criações e transformações que possam fortalecer a dinâmica participativa desses colegiados. E determinará silêncio e silenciamentos quando essas relações estabelecerem submissão, alienação, obediência, expropriação, interdições e censuras discursivas entre os atores, capazes de confiscar a subjetividade desses sujeitos, tornando-os sujeitados.

Assim, a participação social em saúde nos conselhos é resultante do exercício da participação em ato, ou seja, do exercício da democracia e é dependente das relações de poder ali estabelecidas, do modo que nesses encontros os sujeitos se afetam.

Ao refletir sobre essas questões, percebemos que a participação social nesses colegiados é permeada por aspectos macro (organização e o funcionamento das instituições e da sociedade) e micropolíticos (referente às relações entre os sujeitos). Também avançamos no sentido de afirmar sobre alguns dispositivos, técnicas, mecanismos, posturas, posicionamentos e procedimentos que facilitam e ou limitam a manifestação de potência nos conselhos.

Abordar estes efeitos das relações de poder nos conselhos significou focar o nosso olhar em aspectos sutis, que não são vistos com um olhar superficial. Foi preciso compreender que há muito mais aspectos no cotidiano desses espaços do que podemos vislumbrar ao nosso olhar corriqueiro. Assim, buscamos apropriar nosso olho vibrátil, um olhar que pudesse vislumbrar a complexidade das interações e dos encontros que ali ocorrem.

Precisamos, então, compreender a noção de relações de poder e potência. Buscamos para tanto vários teóricos como Foucault, Deleuze e Nietzsche. Assim, em nosso estudo compreendemos que a potência é produzida por relações de poder e, portanto, atravessada pela dimensão macropolítica em associação com o âmbito micropolítico. Constatamos que as relações de poder nesses colegiados podem ser produtoras de autonomia ou processos de alienação e assujeitamento.

Verificamos que a participação nos conselhos de saúde é, assim, um processo de conquista que se faz no dia-a-dia e reflete os dilemas e contradições da sociedade. É um processo complicado que demanda prática dos diferentes atores que participam dessas instâncias, além da transformação das relações instituições e da cultura política.

Conferimos que a potência é uma força que surge de maneira inesperada, provisória e criativa e que ela é capaz de estimular o debate, a problematização e provocar mudanças, transformações no processo participativo dessas instâncias. A potência se manifesta por meio de uma infinidade de formas tais como: autonomia dos membros dos conselhos; cogestão; democratização da informação; estabelecimento

de redes participativas; legitimidade representativa; diversidade de movimentos e entidades sendo representados nos conselhos; sentimento de pertencimento ao SUS; amadurecimento político dos atores que participam desse espaço; desenvolvimento de uma cultura participativa; motivação coletiva; publicização das ações do conselho; ênfase na educação continuada e educação permanente para conselheiros; movimentos de resistências contra os agenciamentos de poder que surgem de forma inesperada nesses espaços, dentre outros.

Consideramos que é preciso que haja debate sobre essa potência e suas formas de manifestação, a fim de possibilitar o desenvolvimento do processo participativo nos conselhos. É preciso focar nessa força e não apenas nos notórios desafios já tão debatidos na literatura científica. Além disso, ressaltamos que ao discutir sobre a potência é preciso lembrar que há pessoas envolvidas – conselheiros de saúde – logo, há desejos e singularidades. Assim, por mais que nesta pesquisa tenhamos apontado potência nos conselhos de uma forma generalizada, é preciso considerar na discussão desse quesito as experiências subjetivas, com enfoque nas singularidades dos atores sociais e do exercício da democracia, pois cada experiência de conselho apresenta particularidades que remontam questões micro e macropolíticas.

Por isso é necessário que permaneçamos atentos aos processos participativos nos conselhos, sobretudo na conjuntura atual da saúde brasileira, a qual vem vivenciando impasses importantes como o avanço do modelo gerencial pautado na domesticação dos processos decisórios e desobrigação das questões sociais, implicando na significativa redução de recursos orçamentários para o SUS, na forte tendência de mercantilização da saúde, com subsídios cada vez maiores destinados aos planos privados de saúde. Além dos novos modelos de gestão, que vem imperando nos serviços de saúde, como as Organizações Sociais (Os), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Ósseas) e as Fundações e Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERHs). Sem falar na ameaça de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro e da falta de legitimidade das instâncias participativas existentes nesse sistema.

Nessa perspectiva, apostamos na importância de se compreender melhor a potência dos conselhos, capaz de nos sinalizar caminhos possíveis para as mudanças e transformações tão necessárias a dinâmica do processo participativo dessas instâncias.

Acreditamos que não se deve desistir do processo de desenvolvimento dos conselhos, mesmo diante de tantos desafios. Devem-se buscar formas, analisar possibilidades de vislumbrar saídas, escapatórias dos processos de controle e disciplinarização a que muitos destes espaços estão submetidos. Logo, falar de potência é pensar em re-existências, em oxigenação da luta, em prol de uma participação social mais efetiva nesses espaços deliberativos do SUS, capaz de promover mudanças e transformações na política de saúde brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Consolidando a gestão participativa e o controle social na cidade do Recife, 2001-2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília, DF, 2007. p. 48-51.
- ALENCAR, H. H. R. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 223-233, 2012.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. (Org.). **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- AROUCA, A. S. A reforma sanitária brasileira. **Tema. Radis**, n.11, p.2-4, 1988.
- BAHIA, L. A institucionalização da participação social no Conselho Nacional de Saúde: entre a representação de interesses particulares e a universalização do direito à saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 37-47, 2008.
- BARBOSA, P. R. A Gestão da Saúde no Brasil: Novas Responsabilidades e Novas Práticas. In: GOULART, G. F. A. A. (org). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Publicação do Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 41-57.
- BARCELOS, M. R. B. et al. A trajetória da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n.4, p. 69-79, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 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, 31 de dez. de 1990a.
- _____. 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 transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 de dez. de 1990b.
- _____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 1. ed. Brasília, 2005a. 344 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 836/GM de 2 de junho de 2005b**. Institui o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS e dá outras providências. **Lex: saúde legis – sistema de legislação em saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0836_02_06_2005.html>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Saúde). **Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde: Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação no âmbito do SUS**. Brasília, 2005c. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: trabalhos premiados e menções honrosas – resumos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 168 p.

_____. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 180p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília, DF, 2010. 140 p.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias**. Brasília, 2012 a. 124p.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O conselho nacional de saúde na visão de seus conselheiros**. Brasília, 2012b. 66p.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Participação social no Brasil: entre conquistas e desafios**. Brasília, 2014.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. A conjuntura atual do SUS: para onde vamos? In: Ciclo de Debates – Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família, 2015, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Disponível em: < <http://cebes.org.br/2015/05/a-conjuntura-atual-do-sus-para-onde-vamos/>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

BISPO JUNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva [online]**. V.18, n.1, p 7-16, 2013.

BONAVIDES, P. **Ciência política**. 10. Ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2000.

BRUTSCHER, V. J. Gestão, direito e participação no SUS. **R Brás ci saúde**, Paraíba, v. 16, n. 3, p. 401-410, 2012.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007, 259 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº453, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 Jun. 2012. Seção 1, p. 138.

_____. **Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIASC)**, Brasília: DF, 2016. Disponível em: <
http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 1993.

CRACO, P.F.; ALMEIDA, M. C. P; A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 188-192, 2004.

CORNWALL, A.; CORDEIRO, S.; DELGADO, N. G; Direitos à saúde e lutas em favor da transparência em um conselho municipal de saúde brasileiro. **Estud. soc. agric**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 114-142, 2006.

COSTA, A. M. Cai a proposta de cobrar no SUS. Se levada adiante, haveria um SUS para os que podem pagar e outro, dos indigentes. Entrevista concedida a Conceição Lemes pela presidente do Centro de Estudos em Saúde (Cebes). **Viomundo**, São Paulo, 12 ago. 2015. Disponível em: < <http://www.viomundo.com.br/denuncias/ana-costa-a-proposta-de-cobrar-pela-assistencia-no-sus-submete-o-direito-a-saude-e-ao-capital-se-levada-adiante-e-o-fim-do-sus.html>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, 2002.

_____. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Cien Saude Colet**, v. 3, n.1, p.5-17, 1998.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 419-438, 2009.

CUNHA, E.; ALMEIDA, D. R. Participação e deliberação nos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente. In: **PRODEP – Projeto democracia participativa. Democracia, desigualdade e políticas públicas no Brasil**. Relatório de pesquisa financiada pela FINEP. 2009

DAHL, R. **Poliarquia**. São Paulo: Edusp, 1997.

DELGADO, M.; ESCOREL, S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 79-95, 2008.

DELEUZE, G. **Foucault**. Lisboa: Vega, 1987.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**. Lisboa (Portugal): Editora Assírio e Alvim, 1972.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

DRESCH, L. As conquistas dos cidadãos de entre rios do oeste graças à sua participação na gestão da saúde pública. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília, DF, 2008. p. 28-31.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: BUSS, P. M. (Org.). **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. p. 19-35.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde soc.**, São Paulo, v.21, p. 126-137, 2012.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: ESCOREL, S. et al. (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008. p.979-1010.

FARIAS FILHO, M. C. SILVA, A. N.; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.6, pp.1911-1919.

FERLA, A. A.; MATOS, I. B. Participação na Saúde: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa na Saúde, **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.8-17, 2012.

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. Coleção pensar em saúde: participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 252p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade 2. O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **Dits et écrits**. Édition Établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald. Collaboration de Jacques Lagrange, Vol. I et II. Paris. Quarto Gallimard, 2001.

_____. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. 17. Ed. São Paulo: Graal, 2006.

GAEDTKE, K. M.; GRISOTTI, M. Os conselhos municipais de saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 10, n.19, p. 115-137, 2011.

GRIZOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 831-840, 2010.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 1245-1265, 2010.

GUIZARDI, F.L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. Educ. Saude**, v.7, n.1, p.9-34, 2009.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 797-805, 2006.

HABERMAS, J. **Teoria de La acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde soc.**, São Paulo, v.18, n. 14, p. 733-743, 2009.

LABRA, M. A. Conselhos de saúde visões “macro” e micro”. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Rio Grande do Sul, v.6, n.1, p. 199-221, 2006.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p. 1849-1856, 2012.

LIJPHART, A. **Modelos de Democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países**. Tradução de Roberto Franco. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.

LONGHI, M. P.; CRACO, P. F.; PALHA, P. F. Comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde em colegiados de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n.1, Brasília, p. 38-45, 2013.

LUIZ, S. G.; QUINTANILHA, B. C.; DALBELO-ARAUJO, M. Educação permanente para conselheiros de saúde do município de Vitória, ES. **Universo da Psicologia**, v. 2, n. 2, 2014.

MACHADO, T. M. et. al. **Perfil dos conselheiros de saúde do município de Vitória-ES**. In. VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES, Vitória, 2010.

MALLMANN, B. et al. Conselho local de saúde: experiência de construção coletiva na UBS II. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília, DF, 2007. p. 63-64.

MIRANDA, J. M. B.; GUIMARÃES, S. J. Controle social e conselhos locais de saúde em Teresina: limites e possibilidades. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 3, p.212-227, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, M. R. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no da contexto reforma política. **Divulg. Saude Debate**, Rio de Janeiro, n.43, p.15-22, 2008.

NEGRI, A. **O poder constituinte**. DP&A Editora: Rio de Janeiro, 2002.

NIETZSCHE, F. **The will to power**. Nova York: Vintage Books, 1968. Tradução de Walter Kaufmann e R. 1. Hollingdale.

OLIVEIRA, G.N. et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v.13, p. 523-529, 2009.

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

OROPOLLO, M. C. **A presença de Nietzsche no discurso de Foucault**. 2005. 196 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) , Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2005.

PAIM, J. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C; LIMA, J. C. F. (org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 ano do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.91-122.

PIRES, R. R. C; VAZ, A. **Participação Social como Método de Governo? Um Mapeamento das “Interfaces Socioestatais” nos Programas Federais.** Texto para Discussão nº. 1707. Brasília: IPEA, 2012.

PINHEIRO, R. **Conselhos municipais de saúde: o direito e o avesso** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1995. 108 p.

PRZEWORSKI, A. **Ama a incerteza e serás democrático.** Novos Estudos CEBRAP: São Paulo, 1984.

PRIMO, P. Os conselhos locais de saúde do Município de Ponta Grossa – PR e sua contribuição para o controle social do SUS e para o processo de emancipação política do cidadão. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos.** Brasília, DF, 2007. p. 109-113.

QUINTANILHA, B. C.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, vol.17, n.46, p. 561-573, 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

SANTOS, L. **O SUS e o sentimento de pertencimento.** Texto disponibilizado em 23 abr. 2010. In: Blog direito sanitário: saúde e cidadania. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/04/23/o-sus-e-o-sentimento-de-pertencimento/>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

SANTOS, N. R. Democracia e participação da sociedade em saúde. In: MATTA, G. C; LIMA, J. C. F (org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 ano do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.227-247.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saude soc. [online]**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, 2011.

STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: Efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde – os casos da Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad de Saude Publica**, v.22, n.11, p.2411-2421, 2006.

SOBRAL, S. S. **Foucault e a resistência.** Goiânia: Editora UFG, 2006.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v.60, n.5, p. 579-584, 2007.

WENDHAUSEN, A. L. P; Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en brasil: estudio de un caso. **Rev Esp Salud Pública**, Madrid, v. 80, n.6, p. 697-704, 2006.

VÁSQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar./abr. 2003.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias [online]**, Porto Alegre, n.21, p. 218-251, 2009.

VIRTUOSO, A. A. A participação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Canoas /RS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília, DF, 2007. p. 93-97.

ZANARDI, R. C.; CORDONI Jr, L. A participação social na construção do modelo assistencial de saúde de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6, n.1, p. 7-15, 2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “CAMINHOS E (DES) CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE DE VITÓRIA” sob a responsabilidade de Sara Gonçalves Luiz.

JUSTIFICATIVA

Passados 25 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a construção do processo de participação social na saúde no Brasil depara-se com muitos desafios, sobretudo no âmbito dos Conselhos de Saúde, conforme apontam diversos estudos na área de saúde coletiva (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; OLIVEIRA et al., 2009; DUARTE; MACHADO, 2012).

Para Fleury (2010, p.15), a participação dos conselheiros nos Conselhos tem sido muito prejudicada por várias questões, dentre elas a:

baixa representatividade; (2) baixa renovação de conselheiros; (3) amplitude de competências; (4) concorrência de competências com os poderes constituídos e eleitos, em especial as deliberativas; (5) falta de recursos para o cumprimento das atribuições; (6) corporativismo e (7) falta de compromisso político com os interesses coletivos.

Enquanto Wendhausen e Cardoso (2007) sugerem que tal limitação também tem sido gerada pela falta de acesso a informações por parte dos conselheiros, pelo uso inadequado da linguagem técnica nesses espaços e pelas atitudes ambíguas por parte do governo, que ora incentiva e ora a boicota a participação.

Diante dessa problemática, a “participação social” vem ganhando destaque, e constitui-se atualmente numa das diretrizes e num dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, sendo considerada uma política prioritária do Ministério da Saúde para os anos 2013-2015 (BRASIL, 2013). Nesse sentido, debruçar-se sobre esse problema de pesquisa, justifica-se que pelo fato de que ao se analisar a atuação dos conselheiros de saúde frente aos obstáculos a participação, pretende-se contribuir para a transformação do modelo de participação instituída em curso no âmbito dos Conselhos de Saúde, tentando avançar para a conquista de uma cidadania real e não apenas formal no âmbito desses Colegiados, rumo a práticas de saúde mais

democráticas nesses espaços (MARTINS et al., 2008), implicadas com a consolidação de um SUS mais acessível, resolutivo e justo para todos os cidadãos brasileiros.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Analisar a atuação propositiva dos conselheiros de saúde frente aos desafios da participação social no âmbito dos Conselhos Municipal e Locais de Saúde do município de Vitória.

PROCEDIMENTOS

Para realização dessa pesquisa serão realizados acompanhamento/observação direta das reuniões do Conselho de Saúde que você participa, bem como análise das atas das reuniões desse Conselho. As informações colhidas durante a observação e análise das atas serão registradas num diário de campo. A pesquisadora responsável garantirá que os dados coletados serão tratados de forma anônima e confidencial, e que em nenhuma hipótese você que aceitar participar deste estudo será identificado. As informações individuais coletadas serão analisadas somente como um todo, não havendo prejuízo a você que aceitou a participar do estudo.

DURAÇÃO E LOCAL

O acompanhamento/observação direta do cotidiano de atuação dos conselheiros ocorrerá durante as reuniões ordinárias e/ou extraordinárias do conselho de saúde que você participa. A análise das atas será realizada pelo pesquisador nos arquivos desse Conselho.

RISCOS E DESCONFORTOS

Os riscos que a pesquisa apresenta para você são o desconforto/constrangimento de estar sendo observado durante as plenárias do Conselho que você participa, bem como de quebra do sigilo, ou seja, sua identificação em relação aos dados coletados no decorrer deste estudo. Por isso ressaltamos que sua participação é voluntária, e que a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à sua identificação pessoal em quaisquer das informações obtidas no decorrer dessa pesquisa. E caso sinta-se desconfortável em qualquer momento do estudo você pode recusar-se a participar deste estudo.

BENEFÍCIOS

O benefício quanto a sua participação será em aumentar o conhecimento científico a respeito da participação social na saúde de seu município, contribuindo nesse sentido para o fortalecimento desta importante diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS).

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Você precisa compreender que não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes dessa recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Você terá a sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos dados coletados desta pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado ao estudo, você deve contatar a pesquisadora Sara Gonçalves Luiz, no telefone (27) 99911-4334 ou no endereço Rua Fortunato Abreu Gagno, Jardim Camburi, nº255, Edifício Coral, Apto. 704 Vitória - ES, Brasil. Caso não consiga contatar a pesquisadora ou para relatar qualquer problema relacionado ao estudo, você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro para os devidos fins que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos anteriormente expostos. Assim declaro que aceito voluntariamente a participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “CAMINHOS E (DES) CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE DE VITÓRIA” eu, Sara Gonçalves Luiz, garanto que este Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido será concretizado em duas vias, disponibilizando uma via para o participante da pesquisa e a outra via responsabilidade do pesquisador responsável; declaro ainda, ter cumprido as exigências do item IV. 3 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Local: _____, data: __/__/____

Participante da pesquisa

Sara Gonçalves Luiz

APÊNDICE B - TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Eu **Sara Gonçalves Luiz, brasileira, solteira, enfermeira, inscrita no CPF 055.947.267.64**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas (atas e documentos) e outras informações consultadas e coletadas relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “CAMINHOS E (DES) CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE DE VITÓRIA”, a que tiver acesso nas dependências dos Conselhos Municipal e Locais do município de Vitória, ES selecionados para o estudo.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas,

especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supramencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação do projeto de pesquisa acima mencionado.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Vitória, ____ de _____ de _____

Pesquisador (a) Responsável

APÊNDICE C - ROTEIRO GUIA PARA A OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Como os conselheiros de saúde têm atuado diante dos desafios da participação social no âmbito desses colegiados?

Que potências esses conselheiros tem empreendido no cotidiano de suas práticas?

Como esses conselheiros de saúde tem empreendido tais potências?

Em que momentos essas potências emergem nessas plenárias?

Qual (s) seguimento (s) do conselho que tem atuado de forma mais potente?

APÊNDICE D – ROTEIRO GUIA PARA A ANÁLISE DOCUMENTAL

Quem produz as atas? Elas estão disponíveis?

O que tem sido discutido e deliberado nas plenárias dos conselhos de saúde?

Como têm sido encaminhados os pontos de pautas dessas reuniões?

APÊNDICE E – ROTEIRO GUIA PARA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

Por que você resolveu ser conselheiro de saúde? Há quanto tempo?

Além de participar desse conselho você participa / representa outros grupos ou associações? Quais?

Qual é a relação de sua atuação nesse conselho com esses outros grupos associações que você participa?

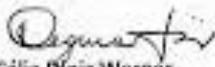
Você costuma repassar para os cidadãos que você representa o que é discutido aqui no conselho de saúde?

O seguimento que você representa propõe questões para que você traga aqui para o conselho? Explique-me melhor como tem se dado essa relação?

Fale-me de sua vivência aqui nesse conselho? Você acha que ele tem funcionado bem? Por quê?

Que estratégias positivas você verifica nesse conselho que você considera importante para o desenvolvimento da participação social nos conselhos?

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

PREFEITURA DE VITORIA		CARTA DE APRESENTAÇÃO	
Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/	06/05/2015	Tânia
Resumo do Assunto			
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR			
<p>Prezado Gestor,</p> <p>O projeto de pesquisa, intitulado: "ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE: CAMINHOS E (DES) CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)" de autoria de Sara Gonçalves Luiz sob orientação da Prof.^a Maristella Dalberto Araújo, foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente projeto tem o objetivo de Analisar a atuação dos membros dos Conselhos Municipal e Local de Saúde frente aos desafios postos para a efetiva participação social do município de Vitória. A metodologia a ser utilizada será um estudo de campo com a participação de conselheiros titulares e suplentes pertencentes ao CMS e CLS selecionados previamente. Pretende-se realizar análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como dos registros e/ou anotações existentes nestes conselhos. A pesquisadora participará das reuniões dos conselhos como ouvinte e observador e fará também entrevistas com os participantes da pesquisa.</p> <p>Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e ao Conselho Municipal de Saúde. A não devolutiva dos resultados em até dois meses, após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV.</p> <p>Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por um ano.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p> Regina Célia D'Ávila Werner Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p>			

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE: CAMINHOS E (DES) CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Pesquisador: Sara Gonçalves Luiz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42695415.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.042.955

Data da Relatoria: 29/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado, o qual consiste em um estudo exploratório-descritivo que se fundamentará na abordagem qualitativa, objetivando analisar a atuação dos conselheiros de saúde frente aos desafios da participação social no âmbito dos Conselhos Municipal e Locais de Saúde do município de Vitória – ES.

O cenário de estudo será o município de Vitória-ES, tendo como locais de pesquisa o CMS e ao menos 01 CLS por Região de Saúde. O público-alvo da pesquisa será os conselheiros de saúde atuantes nesses Conselhos, respeitando-se os seguintes critérios: serão incluídos no estudo todos os conselheiros, titulares e suplentes, com mandatos vigentes.

O estudo contará com etapa de análise documental, a qual precederá a abordagem dos sujeitos por meio de entrevista, a qual será gravada.

Os dados serão analisados por meio de Análise de Conteúdo de Bardim e da técnica a Análise

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.042.955

Temática.

O tamanho da amostra pretendida desde a construção do projeto é de 128 conselheiros municipais e locais de saúde, titulares e / ou suplentes, e não apenas 72, conforme havia erroneamente explicitado no processo cadastrado na Plataforma.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a atuação dos conselheiros de saúde frente aos desafios da participação social no âmbito dos Conselhos Municipal e Locais de Saúde do município de Vitória – ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Determina como risco o desconforto dos sujeitos ao serem observados durante a observação sistemática ou em compartilhar informações pessoais sobre um ou mais tópicos do roteiro de entrevista, sobre os quais ele possa se sentir incomodado em discorrer durante a entrevista coletiva.

Benefícios:

Determina como benefício o desenvolvimento do conhecimento científico a respeito dos desafios da participação da comunidade na saúde e das possibilidades de enfrentamento destes obstáculos por parte dos conselheiros de saúde, contribuindo nesse sentido para o fortalecimento da participação social no SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE em conformidade
- Carta de autorização para a coleta de dados
- Projeto de mestrado na íntegra
- Roteiro de Entrevista
- Folha de rosto em conformidade
- Termo de Sigilo e Confidencialidade dos dados

Recomendações:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.042.955

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não constam pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 29 de Abril de 2015

Assinado por:

**Grace Kelly Filgueiras Freitas
(Coordenador)**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br