

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À  
SAÚDE COLETIVA**

**LUCIANA M. VILELA MUGRÁBI**

**UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS  
CONSELHEIROS USUÁRIOS NO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA/ES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC/UFES), como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, sob a orientação do Professor Dr. Aduino Emmerich.

VITÓRIA/ES

**2008**

**LUCIANA M. VILELA MUGRÁBI**

**UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS  
CONSELHEIROS USUÁRIOS NO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 27 de agosto de 2008.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Aduino Emmerich de Oliveira  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientador

---

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Profª Drª Gilsilene Passon P. Francischetto  
Faculdade de Direito de Vitória

*Aos meus pais que nunca mediram esforços para que eu pudesse estudar.  
Ao meu esposo, Elias, companheiro em todos os momentos, a quem admiro e cujo apoio intelectual foi imprescindível para a realização do meu estudo.*

## **AGRADECIMENTOS**

**Aos conselheiros entrevistados pela preciosa contribuição.**

**À Maria Helena, secretária executiva do conselho pela atenção a mim dispensada.**

**Às amigas, Estela, Josilda e Karina, companheiras de mestrado e fonte de apoio.**

**À Professora Marta Zorzal pela valiosa contribuição apresentada na banca de qualificação.**

**Ao meu orientador, Adauto Emmerich, por ter acreditado em mim e no meu trabalho.**

**À Sara, pela sua paciência conosco nas aulas de discurso do sujeito coletivo.**

**A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.**

## Há tempo para tudo!

Tudo tem o seu tempo determinado.  
Há tempo para todo o propósito debaixo do céu.

Há tempo de nascer, e tempo de morrer;  
tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou.

Tempo de matar, e tempo de curar;  
tempo de derrubar, e tempo de edificar.

Tempo de chorar, e tempo de rir;  
tempo de prantear, e tempo de saltar de alegria.

Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras;  
tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar.

Tempo de buscar, e tempo de perder;  
tempo de guardar, e tempo de lançar fora.

Tempo de rasgar, e tempo de coser;  
tempo de estar calado e tempo de falar.

Tempo de amar, e tempo de odiar;  
tempo de guerra, e tempo de paz!

Palavras de Qohèlet, filho de Davi,  
rei de Jerusalém em Eclesiastes 3:1-8

## RESUMO

Busca compreender a participação dos conselheiros usuários no Conselho Municipal de Saúde de Serra/ES no período de 2006-2008. Tem como objetivos caracterizar o perfil do usuário conselheiro; verificar a participação/representatividade dos conselheiros usuários; identificar a compreensão do conselheiro usuário sobre a importância, dificuldades e vantagens sobre sua atuação no Conselho Municipal de Saúde de Serra (CMSS); compreender a percepção do conselheiro usuário sobre a contribuição do conselho para as ações em saúde no município de Serra. Metodologicamente, define-se como um estudo de caso de natureza qualitativa. Na pesquisa de campo utilizou-se a entrevista semi-estruturada. O material coletado nas entrevistas com os seis conselheiros foi analisado por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo. Observação e análise documental também foram empregadas. No que toca aos resultados da pesquisa, observamos que os conselheiros fazem parte de um grupo diferenciado de pessoas na sua comunidade. Estão organizados em associações, participam de outros conselhos. Verificamos que a representatividade dos conselheiros usuários é tênue. Muitos são os fatores que contribuem para a fragilidade da representação. A participação desses sujeitos é ainda muito simbólica, focada na fiscalização e no atendimento às demandas emergenciais do órgão gestor da saúde. Em suas percepções sobre as dificuldades com a participação, os nossos sujeitos apontaram a dificuldade com o executivo, e dificuldades com a participação não comprometida de outros conselheiros. Destacaram que não vêem vantagem em participar do CMSS porque é um trabalho voluntário que fazem, mas há entre eles quem declare que ao conselheiro abrem-se muitas portas. A participação no CMSS proporciona oportunidades de aprendizagem, de lutar pelos direitos sociais de cidadania. Em relação à contribuição do CMSS para as ações em saúde, declararam que a atuação do CMSS é ainda muito tímida.

Descritores: Participação; democracia; conselheiro usuário; conselho municipal de saúde.

## ABSTRACT

This study seeks to comprehend the participation of council members who represented the users' class on the Municipal Health Council of Serra, Espírito Santo, during the period of years 2006-2008. The objective is to trace the profile of these council members; to verify their participation / representation as council members; identify the comprehension of the council member about the importance, difficulty and advantages of his or her involvement on this Municipal Council (CMSS); and to understand the perception of the council member about his or her contribution toward health services in the County of Serra. Methodologically, this is a case study of a qualitative nature. In the field semi-structured interviews were utilized. Data collected from interviews with six council members was analyzed by using the Collective Subject Discourse (CSD) technique. Observation and document analyses were also used. As to the results of research, one can observe that council members belong to a differentiated group in their community. They belong to associations and participate on other councils. We perceive that the representation of these council members is fragile. There are many factors that contribute to this. Their participation is figurative, basically monitoring funds and giving attention to emergency requirements of health administrators. In their perception of the difficulties they have with participation, they mention difficulties with executives, and difficulties with the lack of commitment of other members of the tri-partisan council. They admit that they see no advantages in participating on this municipal council since it is volunteer work. However, among them, some declare that it does open many doors. Participation on the Municipal Health Council of Serra provides opportunities for learning, the exercise of citizenship and the struggle for human rights. As to the efficacious of the Municipal Health Council of Serra in health care, they declare it to be very timid.

Key words: Participation; democracy; user-class council members; municipal health councils.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUMO.....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>ABSTRACT.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>   | <b>15</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL.....   | 15        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 15        |
| <b>3 METODOLOGIA .....</b>  | <b>16</b> |
| 3.1 A OPÇÃO E O CAMINHO METODOLÓGICO .....  | 16        |
| 3.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....   | 17        |
| 3.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS .....  | 17        |
| 3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....  | 20        |
| <b>4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE<br/>PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA.....</b>   | <b>22</b> |
| 4.1 ALGUMAS CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO .....  | 28        |
| 4.2 CAMINHOS DA PARTICIPAÇÃO NO BRASIL: UM BREVE<br>OLHAR.....  | 33        |
| <b>5 A CONQUISTA DA PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE .....</b>   | <b>38</b> |
| 5.1 O CONTEXTO SUS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA<br>PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE<br>SAÚDE..... | 48        |

|   |           |
|---|-----------|
| 5.2 A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE .....                         | 53        |
| <b>6 A PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA.....</b> | <b>66</b> |
| 6.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TERRITÓRIO .....   | 66        |
| <b>6.1.1 O Município de Serra.....</b>  | <b>66</b> |
| <b>6.1.2 Caracterização da rede pública municipal de saúde .....</b>                        | <b>67</b> |
| <b>6.1.3 A participação da comunidade no município de Serra.....</b>                        | <b>70</b> |
| 6.2 A PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO .....   | 71        |
| <b>6.2.1 O conselho municipal de saúde de Serra.....</b>                                    | <b>71</b> |
| <b>6.2.2 Composição social dos conselheiros.....</b>  | <b>72</b> |
| 6.3 PRÁTICA SOCIAL E REPRESENTATIVIDADE DOS CONSELHEIROS USUÁRIOS .....                     | 75        |
| <b>6.3.1 Representação e escolha dos conselheiros usuários.....</b>                         | <b>75</b> |
| <b>6.3.2 Atuação e relação dos conselheiros com suas entidades.....</b>                     | <b>79</b> |
| <b>6.3.3 A influência do segmento dos usuários no processo decisório no conselho .....</b>  | <b>81</b> |
| 6.4 IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO NO CMSS .....                        | 84        |
| 6.5 DIFICULDADES PARA A PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO NO CMSS .....                   | 86        |

|  |            |
|--|------------|
| 6.6 VANTAGENS DA PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO<br>USUÁRIO NO CMSS .....              | 88         |
| 6.7 CONTRIBUIÇÃO DO CONSELHO PARA AS AÇÕES EM SAÚDE<br>NO MUNICÍPIO DE SERRA ..... | 90         |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>105</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>114</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Nossa aproximação com o objeto que colocamos em foco neste estudo decorre de nossa inserção na Secretaria Estadual de Saúde (SESA), no Programa de Saúde Bucal. Enquanto um setor para assessorar tecnicamente os municípios na implantação de políticas de saúde bucal, em nosso trabalho cotidiano, ouvíamos críticas e reclamações da parte dos cidadãos que reivindicavam o direito ao acesso à saúde bucal. E não foram poucas as vezes que cartas protocoladas na SESA por usuários de serviços de saúde, chegavam até nós reivindicando o acesso aos serviços de saúde bucal. Também pela via judicial, os usuários acionavam o Ministério Público, que expedia à SESA ofícios tentando garantir o direito à saúde aos cidadãos.

No entanto, pensávamos que enquanto técnicos, dentro da SESA, e por melhores das intenções que tínhamos, dificilmente poderíamos fazer algo de efetivo para alterar as condições históricas de exclusão dos cidadãos do acesso à saúde. O caminho possível, pensávamos, tinha que se dar pela participação da população também nos espaços decisórios como os do conselho.

Esse problema começou a nos inquietar. Se a legislação prevê a participação da população nos espaços do conselho, como podia o cidadão comum chegar até o Conselho Estadual de Saúde (CES), se as suas portas estavam fechadas o tempo todo? Como o cidadão comum podia se aproximar, se nós, enquanto técnicos da área da saúde, sentíamos essa barreira ao procurar pelo CES para entender como essa estrutura funcionava?

Ainda no âmbito de nossa prática, nossa aproximação maior com o CES, com conselheiros usuários do SUS deu-se na Etapa Estadual da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, cujo tema focou o *Acesso e Qualidade superando a exclusão social*. Nessa Etapa integramos a Comissão de Comunicação, Articulação e Mobilização. A inserção nessa comissão nos possibilitou ainda acompanhar a realização de diversas Conferências Municipais de Saúde Bucal.

Já na Secretaria Municipal de Saúde de Serra, nossa atuação profissional possibilitou maior aproximação com a realidade dos usuários do sistema de saúde. Nosso trabalho enquanto sanitaria na Vigilância Epidemiológica e no acompanhamento de ações nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) propiciou também uma maior aproximação com o problema que ora nos ocupa. Os relatos, as conversas com os muitos sujeitos anônimos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), fizeram despertar em nós maior interesse pela participação social.

Entendemos que o estudo da participação do segmento dos usuários do SUS no espaço dos conselhos é importante para compreender suas vivências participativas, compreender as potencialidades da participação, as contribuições, contradições, subjetividades que se apresentam nas práticas dos conselheiros usuários. Compreender outras questões fundamentais que influenciam as práticas de participação nos conselhos e também poder repensar os caminhos de interlocução Sistema-usuários para o atendimento àquilo a que o conselho de saúde é destinado, a saber, formulação e proposição de políticas públicas na área da saúde.

É, pois, essa participação que no presente estudo nos levou a problematizar, pois como é sabido, embora os dispositivos legais tenham garantido o lugar da comunidade nos conselhos, representado pelos usuários, muitas são as condições que influenciam uma participação efetiva. Nunca é demais lembrar que o modelo de Estado que foi construído na história do Brasil, sempre foi avesso à participação da sociedade nas políticas públicas. Ainda há resistências explícitas a mecanismos de controle social. Somos um país desigual, onde as condições para a participação não estão dadas, haja vista que alguns têm condições mais concretas de ditar a sua agenda do que aqueles que não estão suficientemente organizados, porque não têm as condições básicas de sobrevivências satisfeitas.

Alguns estudos apontam que a participação da comunidade no espaço dos conselhos de saúde têm sido de participações pontuais, com pouca proposição e frágil representatividade dos usuários nos conselhos municipais de saúde. Tendo, pois, em vista que a participação é um processo em construção, elegemos para o presente estudo o seguinte problema: a participação do conselheiro usuário no Conselho Municipal de Saúde da Serra: construindo práticas efetivas para ações em

saúde? Deste problema que norteará o nosso estudo, decorrem três questões básicas em nossa investigação: qual a representatividade dos conselheiros usuários no Conselho Municipal de Saúde de Serra? Como se dá a atuação do conselheiro usuário no Conselho Municipal de Saúde? Como essa prática contribui para as ações na saúde municipal?

Vale ainda dizer que, no estudo dessas questões acima, optamos por privilegiar o olhar dos conselheiros usuários do CMSS. Entendemos que esses conselheiros guardam proximidade com a população das comunidades locais e podem nos ajudar a entender as práticas em relação aos serviços de saúde nesse município.

Em que pese os limites deste estudo, tecemos uma reflexão sobre a participação e democracia e a participação no Brasil tendo como enfoque a participação no SUS. Para atender aos objetivos propostos, nosso trabalho assim se estrutura:

Tendo definido o objetivo de nosso estudo, que, em linhas gerais se concentra em compreender a participação dos conselheiros usuários no CMSS, verificando a representatividade desses sujeitos, sua atuação e contribuição para as ações em saúde no município, discorreremos sobre nossa opção metodológica.

Em nossa metodologia de trabalho, optamos por uma pesquisa no âmbito da abordagem qualitativa, tipificada como estudo de caso. Na pesquisa de campo utilizamos a entrevista semi-estruturada. O material coletado nas entrevistas com os seis conselheiros foi analisado por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo. Observação e análise documental também foram empregadas.

No debate sobre as concepções de democracia, observamos que as discussões se centram nas formas representativas e participativas de democracia. Os autores trazem à tona as fragilidades da concepção hegemônica de democracia representativa para dar conta das transformações pelas quais as sociedades contemporâneas têm passado. Por outro lado, afirma-se a democracia participativa como aquela que é capaz de proporcionar a emergência de experiências participativas, contribuindo para criar uma nova gramática social e cultural de

democracia. Discutimos ainda aqui a participação nos seus diversos sentidos e significados à luz dos paradigmas analíticos.

Também nesse capítulo apresentamos algumas considerações sobre a participação no Brasil, recuperando os antecedentes históricos das lutas dos movimentos sociais por direitos de cidadania social e sua contribuição para o aprofundamento democrático. Ao lado do discurso participativo construído pelas forças que sustentaram o projeto participativo democratizante se evidencia outro discurso, o discurso neoliberal, onde se assiste uma disputa permanente de significados para os conceitos de participação, democracia, cidadania.

Passamos, em seguida, à discussão da atuação do Estado Brasileiro e sua política assistencial-privatista para a área da saúde. As primeiras experiências de participação de composição entre sociedade civil e Estado, como os conselhos consultivos; a contribuição do movimento sanitário, a partir do qual foram lançadas as bases que iriam influenciar a Assembléia Constituinte para inscrever no texto constitucional o princípio da participação da comunidade no SUS. Ainda nos itens subseqüentes, apresentamos a trajetória histórica dos conselhos e conferências de saúde enquanto parte da luta pela Reforma Sanitária e democratização da saúde. Neste cenário aberto à democracia participativa, muitas são as expectativas em torno dos conselhos de saúde, mas se pode apreender da literatura aspectos que apontam limites à potencialidade destes espaços.

Em nosso estudo, observaremos que os conselheiros distinguem-se como grupo diferenciado de pessoas na sua comunidade, fazem parte de associações comunitárias e integram outros conselhos. Verificaremos que a representatividade dos conselheiros usuários é tênue. Sua participação concentra-se na fiscalização e no atendimento às demandas do órgão gestor. Veremos que nossos sujeitos apontam dificuldades na relação com o executivo municipal e com a participação não comprometida de seus pares. Afirmam o caráter voluntário do trabalho como conselheiro e a oportunidade da aprendizagem na luta pelos direitos sociais e que ainda é tímida a contribuição do CMSS.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Pautando-se nas questões acima propostas, o presente estudo tem como objetivo geral: compreender a participação dos conselheiros usuários no CMSS, verificando a representatividade desses sujeitos, sua atuação e contribuição para as ações em saúde no município.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Tendo definido o problema norteador da nossa pesquisa e as questões que suscitamos anteriormente, delineamos como objetivos específicos no presente estudo, os que abaixo listamos.

- Caracterizar o perfil do usuário conselheiro do CMSS
- Verificar a participação/representatividade dos conselheiros usuários do CMSS
- Identificar a compreensão do conselheiro usuário sobre a importância, dificuldades e vantagens de sua atuação no CMSS
- Compreender a percepção do conselheiro usuário sobre a contribuição do CMSS para as ações em saúde no município de Serra.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 A OPÇÃO E O CAMINHO METODOLÓGICO

Constituem o objeto de nosso estudo as práticas de participação dos conselheiros usuários no CMSS. Na apreensão dessas práticas, observamos também que se trata de um desafio posto e um processo em construção. Dessa forma, a perspectiva que adotamos parte das práticas efetivamente realizadas e não daquilo que se prescreve. Vale dizer, interessa-nos aqui partir do vivido, do realizado, do mundo contraditório e com múltiplos atravessamentos por onde se movem os sujeitos, atores de um processo que não está dado. Nesse contexto, conforme apresentado anteriormente, formulamos algumas questões que balizam nossa análise.

Nessa perspectiva, optamos aqui por um estudo de natureza qualitativa, configurado como um estudo de caso. Os estudos de caso têm, segundo Lüdke & André (1986, p. 21), como uma de suas características não permitir generalizações como os estudos empíricos. A preocupação central ao desenvolver esse tipo de pesquisa é compreender uma instância singular, ou seja, o objeto estudado é tratado como único, situado numa realidade multidimensional e historicamente situada.

Ainda dos estudos qualitativos, observa Minayo et al. (2001 p. 22) que a pesquisa qualitativa nas ciências sociais se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com o mundo dos significados, crenças, valores e atitudes, o que é mais adequado para compreender questões que estão no âmbito do espaço das relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

A ênfase, nessa opção segundo Lüdke & André (1986 p. 12) está no processo e não nos resultados ou produtos, uma vez que o “interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar como ele se manifesta nas atividades (...) e nas interações cotidianas”.

### 3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

No presente estudo, nossos sujeitos são os seis conselheiros representantes do segmento dos usuários que integram o CMSS do biênio 2006/2008. Eles perfazem a metade desse conselho. Como se depreende, esse quantitativo atinge a totalidade dos conselheiros usuários. Neste caso, não se justifica uma amostragem que, devido à natureza qualitativa do estudo, não requer determinação amostral para a definição dos sujeitos.

“A amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer” (MINAYO, p.102, 2004) e conforme Richardson (1999) observa, a validade na pesquisa qualitativa se preocupa com a validade das informações coletadas, ou seja, se os “dados” expressam autenticamente a visão do entrevistado.

Ao privilegiarmos esse segmento entendemos o quanto é importante o papel que as organizações comunitárias/populares podem representar para a garantia do direito à saúde. A mobilização da sociedade para a garantia desse direito precisa ser estudada porque a participação da comunidade e o direito à saúde, embora conquistados constitucionalmente, ainda não se efetivaram da forma socialmente desejada. Entender o processo participativo na perspectiva destes sujeitos sociais, com toda contradição que os cerca, pode permitir identificar limites e potencialidades para a construção de uma gestão mais democrática no âmbito em que o nosso estudo se insere.

### 3.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Para a realização da pesquisa proposta, fizemos uma pesquisa documental e uma pesquisa de campo. A pesquisa documental se justifica pela necessidade de se identificar informações que possam responder algumas questões que ora nos ocupam. Entendemos aqui por documento “quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano” (PHILLIPS, 1974, apud LÜDKE & ANDRÉ, 2001 p. 38).

A pesquisa documental forneceu dados necessários para reconstruirmos a trajetória histórica do conselho consultando para tal, atas desde a criação do CMSS, em outubro de 1991. De modo especial, os documentos que privilegiamos neste nosso trabalho incluem atas do conselho, leis municipais; resoluções, e regimento interno do conselho. A documentação que encontramos serviu para nos informar sobre o que foi deliberado no conselho e o que se faz na atuação presente.

Na pesquisa de campo, um procedimento realizado foi a observação. A razão que nos levou a optar por este procedimento, é que nos sentimos inseridos e, portanto, parte da mesma realidade e contexto. Neste sentido, enquanto observador participante, já que desde o início declaramos o objetivo da nossa pesquisa, a nossa primeira inserção se deu através da observação nos eventos do dia-a-dia realizados na Secretaria Municipal de Saúde de Serra (SMSS), e fora dela, na oportunidade que tivemos de ser delegados na Conferência Municipal e Estadual de Saúde. Desde os primeiros momentos fomos muito bem recebidos por todos os conselheiros, que se sentiram motivados para participar da pesquisa, pois muitas vezes fomos abordados pelos conselheiros que perguntavam quando seriam chamados para a entrevista.

Na fase inicial de entrada no campo propriamente dito, enviamos ofício ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde, solicitando autorização para, numa reunião do CMSS, formalmente informar aos membros do conselho sobre a pesquisa. Ao abrir a reunião, o Presidente do Conselho, após uma rápida explicação sobre a solicitação que recebera, passou-nos a palavra para que déssemos mais detalhes e respondêssemos aos questionamentos que fossem feitos. Após a resposta do Presidente do Conselho e aprovação do projeto no Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), (Anexo A) dando o consentimento, comparecemos à reunião do CMSS no dia 28 de janeiro de 2008, sendo esta a primeira realizada após o recebimento da resposta e início da coleta dos dados empíricos. A partir de então, participamos de todas as reuniões ordinárias do CMSS de janeiro a abril de 2008, sempre bem recebidos por parte de todos os conselheiros. Nas reuniões fomos chamados a opinar sobre certos pontos de pauta. No entanto, nossa condição de pesquisadora não nos permitia interferir nas discussões do conselho. No presente estudo, a observação das reuniões teve como

objetivo perceber melhor o espaço de atuação dos conselheiros, conhecer um pouco mais a realidade do exercício do controle social no SUS. Pelo exposto não tivemos a intenção de inquirir, apontar incoerências nas práticas participativas dos conselheiros. Sabemos que aos olhos do observador, dada a complexidade intrínseca dos processos participativos, muita coisa passa despercebido, o que tendo em vista a não disponibilidade de tempo necessário, nos permite aceitar os limites de nosso estudo e não pretender conclusões definitivas.

Em nosso estudo a observação tem como intenção atentar para a interação dos sujeitos pesquisados com os outros sujeitos. Suas posturas, apresentações, táticas e diálogos. Neste sentido, Lüdke & André (1986, p. 26) nos lembram que a observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado. “A observação direta permite também que o observador chegue mais perto da ‘perspectiva dos sujeitos’”.

A matéria prima da abordagem qualitativa é a linguagem comum, a fala. Conforme nos ensinam Minayo & Sanches (1993, p. 245):

O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. [...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Neste sentido, para alcançar os objetivos propostos utilizamos a entrevista do tipo semi-estruturada com um roteiro para orientar uma “conversa com finalidade” (MINAYO, 2004 p. 99). Conforme observa Triviños (1987 p. 146), esse instrumento constitui-se em um dos principais instrumentos que o pesquisador pode usar para a coleta de dados na pesquisa qualitativa, pois, “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias enriquecendo a investigação”.

As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a abril de 2008, em local e horário acordado previamente com os informantes. Após consentimento dos

mesmos (Apêndice I) e garantidos o caráter sigiloso das informações, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora. As entrevistas tiveram uma duração média de 1h30min cada. A entrevista mais longa somou 2h31 min.

### 3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a transcrição dos depoimentos, procedemos à análise do material verbal coletado utilizando a metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefèvre & Lefèvre (2005a), essa técnica busca dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservar essas características em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, durante a coleta e o processamento dos dados até a apresentação dos resultados.

Lefèvre & Lefèvre (2005a, p. 19) conceituam o DSC como “[...] uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa a tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário”. Ou seja, com essa técnica de análise, o pesquisador poderá reconstruir o universo das representações existentes no campo pesquisado (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

Para produzir o DSC, a entrevista é o melhor método para a coleta de dados, pois a partir dos depoimentos, caracterizados com expressões-chave (ECH); e da descrição do sentido do depoimento do sujeito, que são as idéias centrais (ICs), é que são realizados os discursos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005b). A seguir, didaticamente, apresentamos as etapas metodológicas executadas para a operacionalização deste estudo.

As transcrições dos depoimentos foram organizadas em quadros, denominados de Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1) conforme (APÊNDICE III, p.108). Nesse instrumento estão descritas as expressões-chaves, as idéias centrais e a

ancoragem<sup>1</sup>. Após essa etapa, foi construído o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2) conforme (APÊNDICE IV, p.111), no qual estão discriminadas as expressões-chave e o DSC. Observa-se que no IAD 2, são copiadas as ECH do IAD 1, que reforçam as ICs. É importante salientar que, para cada IAD 1, foram construídos vários IAD 2 de acordo com a quantidade de IC identificadas nas ECH (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

A análise da questão 5 consta no (APÊNDICE III), como exemplo de construção do instrumento de análise, contendo os quadros das ECH e das IC, no IAD 1 e das ECH e DSC no IAD 2, que poderá contribuir para um melhor entendimento da metodologia de análise.

Por fim, cabe destacar que nosso estudo, colocando-se na perspectiva da ciência enquanto construção histórica inconclusa e no âmbito da pesquisa qualitativa, abre-se para a possibilidade da descoberta. Nesse sentido, não definimos hipóteses nem categorias prévias, mas nos colocamos abertos aos elementos que emergem no curso da pesquisa, enfatizando a interpretação no contexto dos sujeitos. O estudo contextualizado e a consideração da ótica dos sujeitos nos colocam na consideração dos diferentes e, por vezes, conflitantes pontos de vista.

---

<sup>1</sup> Segundo Lefèvre & Lefèvre (2005a,b) a ancoragem é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crenças presentes no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinada a enquadrar situações particulares. Os autores consideram que existem ACs quando há no material verbal, marcas discursivas explícitas dessas afirmações genéricas. Todavia, observam que nestas nem sempre se consegue fazer emergir a ancoragem, correndo o risco de subjetiva e arbitrariamente construir a ancoragem. A ancoragem é importante para, quando ao se trabalhar educativamente com população, ou com profissionais, torná-las manifestas, porque na maioria das vezes, inconscientemente, as ideologias, crenças, valores estão subjacente às suas práticas cotidianas.

## 4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA

O tema da participação nos remete a um olhar ampliado para a história, para as diferentes concepções teóricas e ideológicas sobre a democracia e como isto está presente no debate político das sociedades ocidentais. Nesse processo expressam-se interesses distintos de grupos sociais e que tem até hoje conseqüências no desenvolvimento político das sociedades.

Aqui não percorreremos toda a trajetória histórica dos processos inventivos da democracia e da participação. Nos limites do objeto deste estudo, importa-nos aqui tecer algumas considerações que nos situam na larga discussão acerca do tema.

Atualmente, o conceito de participação é associado com democracia, mas nem sempre foi assim. Pateman (1992) observa que é irônico o fato de a idéia de participação ter se tornado socialmente tão popular, particularmente nos anos 60. Entre os teóricos contemporâneos da política e da sociologia, (pró democracia representativa) o lugar da “participação” assumiria um papel menor e, nesse sentido, a ampla participação popular seria um perigo para a estabilidade do sistema democrático.

Nessa linha de pensamento, os altos níveis de participação e interesse seriam exigidos apenas de uma minoria de cidadãos. Assim, a apatia e o desinteresse da maioria teriam um importante papel, manter a estabilidade do sistema, pois amorteceriam as discordâncias, os ajustes e as mudanças (PATEMAN, 1992).

Nesta concepção, a participação não tem um papel especial. É centrada no processo eleitoral e os “únicos meios de participação abertos ao cidadão são o voto para o líder” (SCHUMPETER apud PATEMAN, 1992, p. 14; TEIXEIRA, 1997). O que se requer é um número suficiente de cidadãos participando para manter a máquina eleitoral funcionando de modo satisfatório.

Seguindo ainda com Pateman (1992), nesta teoria, a igualdade política se refere ao sufrágio universal e a existência de igualdades de oportunidade de acesso aos canais de influência sobre os líderes. A participação aqui se refere à escolha dos líderes, ou seja, daqueles que tomam as decisões (elite) pela maioria (não elite). As questões políticas devem ser decididas por uma elite politicamente atuante.

Esse modelo de democracia se insere no que se chama de democracia representativa, elitista. Nesta concepção, a democracia é tão somente um mecanismo de escolha dos líderes políticos que competem entre si pelo voto do eleitor. A sua preocupação é com o elemento procedimental, de identificação da democracia com as regras do processo eleitoral (PATEMAN, 1992; SANTOS & AVRITZER, 2005).

No que diz respeito à democracia representativa, muitos teóricos participacionistas questionam o caráter instrumental e individualista mediante o simples ato de votar nas eleições, o que não traduz a expressão da vontade popular. Com efeito, os participacionistas apontam os limites da democracia representativa e propõem como eixo a participação dos cidadãos nos processos de discussão e decisão política, o que se constituiria o fundamento das exigências democráticas contemporâneas, (CABRAL NETO, 1997).

Visando o aprimoramento da democracia representativa os participacionistas concebem um modelo de democracia direta, com a participação dos indivíduos na tomada de decisão. Nesses termos, os teóricos desta concepção advogam a máxima participação. A participação deveria ocorrer não só nas instituições representativas, mas em outras esferas de modo a desenvolver uma ação responsável, individual, social e política, como resultado do processo participativo (PATEMAN, 1992).

A principal função da participação para a teoria democrática participativa é educativa. Assim a participação promove um processo de conscientização individual e coletiva para o desenvolvimento da cidadania. Quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo (LÜCHMANN, 2007; PATEMAN, 1992).

Na democracia participativa, para que exista uma forma democrática de governo é necessária a existência de uma sociedade participativa onde todos os sistemas políticos tenham sido democratizados e onde a socialização, por meio da participação, pode ocorrer em todas as áreas (PATEMAN, 1992).

Os autores que tratam dessa questão observam que a democracia direta não deve ser colocada em relação de antagonismo à democracia representativa, mas como algo complementar. A articulação entre democracia representativa e democracia direta é uma necessidade histórica (CABRAL NETO, 1997) e como explica Bobbio (1986, p. 52)

[...] entre democracia representativa pura e a democracia direta pura não existe um salto qualitativo, como se entre uma e outra existisse um divisor de águas e como se a paisagem mudasse completamente tão logo passássemos de uma margem à outra. [...] os significados históricos de democracia representativa e de democracia direta são tantos e de tal ordem que não se pode por os problemas em termos de ou ou, de escolha forçada entre duas alternativas excludentes [...]

Daí se conclui que democracia representativa e direta não são dois sistemas alternativos, mas se integram reciprocamente. Num sistema de democracia integral as duas formas são necessárias, mas nunca são consideradas em si mesmas suficientes.

Por outro lado, Santos & Avritzer (2005), ao analisar essas duas concepções no interior das transformações do século XX, reabrem as discussões sobre democracia representativa e participativa frente a um conjunto de questões não resolvidas. Esse debate traz elementos que questionam o significado da democracia e sua incompletude se se busca dar conta unicamente da democracia enquanto forma de governo.

A discussão que esses autores têm feito a esse respeito aponta para a degradação das práticas democráticas hegemônicas. A crítica à concepção hegemônica, por não perceber a participação do cidadão como um valor em si mesmo, mostra as suas limitações quando impõe a supervalorização dos procedimentos eleitorais em detrimento das formas de participação dos cidadãos.

Esses autores, ao analisarem o caráter procedimentalista das formas hegemônicas de democracia, observam que a democracia “não constitui um mero acidente ou obra de engenharia institucional, ou determinada por leis naturais” (SANTOS & AVRITZER, 2005, p. 51). Para eles a democracia constitui-se em uma nova gramática histórica. Neste sentido, é fundamental perceber a democracia enquanto uma construção sócio-histórica.

Nessa compreensão, implica romper com tradições estabelecidas para tentar instituir novas determinações, novas normas e novas leis na redefinição do seu significado, contemplando os elementos culturais das sociedades para a construção de uma nova institucionalidade democrática. Dessa forma, a democracia é concebida como uma nova gramática social e cultural, assinalando uma reviravolta conceitual de democracia.

Esta concepção não hegemônica da democracia vai encontrar nos países latino-americanos os movimentos sociais pela restauração da democracia, o que colocou no debate a constituição de uma nova gramática social. Esta implicaria em novos parâmetros na relação Estado e sociedade civil para que esta última participasse dos assuntos de políticas públicas.

Ainda com Santos & Avritzer (2005), os processos de democratização nesses países, a inserção de novos atores na cena política e a constituição de uma nova gramática social, colocam o problema da representação frente à pluralidade e à diversidade cultural.

A presença na sociedade de grupos até então invisíveis, com suas lutas, suas idéias e seus conceitos de direitos fundamentais, trazem elementos democráticos que não são levados em conta na democracia hegemônica (representativa). Os grupos mais vulneráveis socialmente e as etnias minoritárias não conseguem ter os seus interesses representados no sistema político. Assim é que para a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, a complementaridade entre democracia representativa e participativa se mostra mais promissora na defesa de grupos socialmente excluídos (SANTOS & AVRITZER, 2005).

Santos & Avritzer (2005) e Santos (2007a,b,c) ao apresentarem considerações sobre as experiências participativas que existem atualmente em vários lugares, inclusive em nossa realidade, a exemplo do orçamento participativo, dos conselhos de políticas públicas, dentre outras experiências, afirmam que muitas destas práticas vêm perdendo forças porque, sendo expressões de redistribuição social, sofrem intensa resistência por parte da globalização neoliberal. Assim, toda essa inovação de experiências participativas perde lugar para a democracia de baixa intensidade, imposta pela globalização hegemônica.

Para a globalização neoliberal só há uma forma legítima de democracia, que é a democracia representativa, que entende os processos participativos como excessos de demandas. Na luta contra hegemônica, Santos (idem, ibidem) adverte para o que chama de democracia como problema (democracia representativa) e para a perda da demodiversidade. A diversidade das experiências dos povos do sul não pode ser desperdiçada no processo de reinvenção e democratização da democracia. Sugere também que denunciemos este sistema que está em curso atualmente. E ainda chama a atenção para que os cidadãos se organizem em formas de democracia participativa, quer em nível local, quer em nível nacional, para que de alguma maneira, tornem mais rica a sua participação na democracia representativa.

Neste sentido, o autor aponta que a direção a ser tomada é radicalizar a democracia. Reinventar a democracia. Porque o contexto neoliberal, em franca ascensão tem contribuído para restringir o espaço político, restringir o sentido dos direitos sociais que são conquistas do processo histórico de desenvolvimento da democracia. Assim a democracia perde forças entre os cidadãos porque não está no centro do problema a redistribuição social e a redistribuição de poderes.

Ao propor uma reinvenção da democracia, Santos (2007a,c) afirma que a idéia de democracia é muito mais ampla da que existe no sistema capitalista, no sentido de que a democracia é um processo pelo qual nós transformamos relações desiguais de poder em relações de autoridade compartilhada.<sup>2</sup> Radicalizar a democracia é

---

<sup>2</sup> La democracia para nosotros es todo el proceso de transformación de relaciones desiguales de poder en relaciones de autoridad compartida (SANTOS, 2007a, p.8; 2007c, p.2)

redistribuir poderes para além do espaço político e ela deve acontecer nas esferas de relação social e nas instituições em geral.

Nesse debate, Santos (idem, ibidem) propõe que, numa situação de democracia de baixa intensidade, temos que produzir uma imagem desestabilizadora, uma imagem que problematiza as coisas, uma vez que, quando a democracia passa a ser de baixa intensidade, passamos a viver em sociedades que são politicamente democráticas, porém socialmente fascistas.

O fascismo de que fala Boaventura Sousa Santos (2007d,e) não é o fascismo enquanto regime político. É um regime social, porque a democracia de baixa intensidade deixa de ter virtudes redistributivas, de melhorar as condições de vida dos cidadãos. Assim é que na ausência do Estado, os mais poderosos assumem o direito de decidir sobre a vida e a sobrevivência dos cidadãos.

A democracia representativa, que se constitui como uma democracia de baixa intensidade está perdendo a vitalidade, porque não reconhece a diversidade cultural e as discriminações em que eles se traduzem. A promoção da democracia não ocorreu junto com a promoção das condições de participação democrática. Num cenário de grandes desigualdades sociais, sem as condições de sobrevivência garantida, não há participação democrática dos cidadãos. Com o desenvolvimento tecnológico, as questões submetidas às decisões ficaram mais complexas e diversificadas, exigindo informação, especialização técnica, e conseqüentemente acaba por afastar as pessoas de algumas discussões dificultando-lhes a participação e ampliando o poder dos que detêm mais conhecimento (SANTOS, 2007a,c; NOGUEIRA, 2005; BOBBIO, 1986; TEIXEIRA, 1997).

Contrariamente à crise da democracia representativa, têm se afirmado as experiências de democracia participativa com potencial inovador de um fazer político. Mas, como lembram Santos & Avritzer (2005), é fundamental que essas experiências não fiquem confinadas no nível local. A passagem do contra-hegemônico do plano local para o global é fundamental para o fortalecimento da democracia participativa.

## 4.1 ALGUMAS CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

Como vimos acima, seguindo os autores sobre os quais nos baseamos, a participação tem como contexto maior a democracia. Tendo apontado sumariamente algumas considerações acerca da democracia representativa e democracia participativa, deter-nos-emos agora a considerar algumas concepções sobre a participação.

Os estudos acerca da participação comportam diferentes conceitos e definições e forte conteúdo ideológico. Independente das formas e tipologias, participação significa fazer parte, tomar parte, ser parte de um ato ou processo, de uma atividade pública ou de ações coletivas (TEIXEIRA, 2002).

Essa referência à “parte” implica pensar o todo, a sociedade, o Estado, a relação entre as partes e das partes com o todo. As partes têm interesses, aspirações, valores e recursos de poder (político, técnicos, financeiros, intelectual) diferenciados.

Se para Teixeira (2002) a participação, como processo, envolve relação de poder, já para Nogueira (2004) não há participação que não se oriente por algum tipo de relação com o poder. Tanto com o poder de outros atores quanto com de determinados centros decisórios. Quem participa, almeja afirmar-se diante de alguém, resolver algum problema, postula a posse de bens e direitos, modificando a sua distribuição.

Gohn (2003b) concebe a participação a partir de dois paradigmas analíticos que contribuem para a compreensão do fenômeno da participação: a concepção liberal nas modalidades corporativa e comunitária, e a concepção democrática, na versão representativa e participativa.

Na concepção liberal, seguindo os pressupostos básicos do liberalismo, assegura-se a liberdade individual, a participação objetiva o fortalecimento da sociedade civil para evitar a interferência do Estado na vida dos indivíduos. Este paradigma “se baseia em um princípio da democracia onde todos os membros da sociedade são iguais, e

a participação seria o meio, o instrumento para a busca de satisfação das necessidades” (GOHN, 2003b. p. 15).

Em sua modalidade corporativa, a participação é entendida como um movimento espontâneo dos indivíduos em que não se colocam questões de classe, raça ou etnias. O núcleo articulador dos indivíduos é a existência de um bem comum. A razão para participar está além dos interesses pessoais.

A participação comunitária, que deriva da concepção liberal, concebe o fortalecimento da sociedade civil e seus órgãos representativos, integrando-os aos órgãos do Estado. Esta modalidade se caracteriza como uma forma institucionalizada, nos quais os grupos organizados devem participar no interior do aparelho estatal de forma a que as esferas do público e do privado possam se fundir.

Na visão de Carlos (2007), a participação comunitária visa uma relação do Estado com a sociedade que tem como objetivo uma participação instrumentalista, de solução de problemas. A participação é orientada para redução de custos da ação governamental e se baseia na idéia de que as associações civis por estarem mais próximas dos grupos clientes de políticas públicas, seriam mais eficientes para certas ações do governo.

Na democracia, a participação tem como princípio regulador a soberania popular e se desenvolve tanto na sociedade civil como no plano institucional. Na concepção democrática representativa, o sistema representativo, via processo eleitoral, é o critério último de organização dos indivíduos nas formas de representação institucionalizada. Nesse entendimento, o princípio básico é a delegação de um poder de representação em detrimento da ampliação da participação dos cidadãos na vida pública (GOHN, 2003b; CARLOS, 2007).

Na concepção da democracia participativa que questiona o sistema representativo, a participação objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de uma nova realidade social, onde os indivíduos podem agir coletivamente sobre questões que afetam a população. A participação tem aqui caráter plural (STRECK & ADAMS,

2006; GONH, 2003b). Não se trata aqui de indivíduos isolados, ou membros de uma classe social, mas de sujeitos sociais. Nos processos de participação, os indivíduos são considerados cidadãos.

As discussões teóricas sobre democracia e as recentes experiências que combinam democracia representativa e democracia participativa têm dado ao termo participação novos significados, frente à criação de novas esferas públicas de mobilização da sociedade civil. Desse modo, o conceito de participação pode ainda ser desdobrado em participação política, popular, cidadã e social (CARLOS, 2007, GONH, 2003b; TEIXEIRA, 2002).

O conceito de participação política, na visão liberal, tem um sentido decisional, restringindo-se ao processo eleitoral. No entanto, mais recentemente se tem alargado o sentido político da participação. Compreende-se como participação política o exercício de atividades político-partidárias; atuar como membro em associações culturais, recreativas, religiosas, bem como tomar parte nos protestos, marchas e ocupações de prédios. Assim, na concepção de Teixeira (1997, 2002), estas modalidades são formas diferenciadas de expressão e ação coletiva que podem ter ou não um conteúdo político. Depende dos objetivos e do contexto em que se realizam. Para o autor, o importante é considerar a presença do elemento político na relação social.

O sentido de participação popular é característica da década de 80 em propostas associadas aos movimentos populares. Tem como elemento central as classes populares, o “povo”, os atores básicos da participação popular. Naquele período, a participação popular foi definida como esforço da sociedade civil organizada em movimentos e associações comunitárias para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições do Estado (GONH, 2003b).

Ao final dos anos 80 se dá a requalificação da temática da participação em outras dimensões devido ao aprofundamento da democracia, à construção de um novo paradigma, ações coletivas baseadas na categoria cidadania e a construção de novos espaços de participação, fundados em relações sociais que se colocam entre

o público e o privado. Emerge assim o conceito de participação cidadã e participação social (GONH, 2003b).

Na participação cidadã, a categoria central passa a ser a sociedade em vez de comunidade ou “povo”. A participação cidadã se relaciona com a ampliação do conceito de cidadania para além da dimensão jurídica e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado. A principal característica desse tipo de participação é a tendência à institucionalização, a partir de estruturas de representação criadas pela sociedade civil. (GONH, 2003b). Para Teixeira (1997 p. 192) a participação cidadã busca aperfeiçoar o sistema de representação, “exigindo a responsabilização política e jurídica dos mandatários, o controle social e a transparência das decisões”.

A participação social também não representa um sujeito social específico e se constrói na relação sociedade e Estado. Neste tipo de participação o conceito de mobilização é ressignificado. Assim passa a ser vista não como a aglutinação de pessoas para fins de protestos ou manifestações públicas, mas é compreendida como energias a serem canalizadas para objetivos comuns. Gonh (2003b p. 59) observa que há aqui um “esvaziamento do conteúdo político da mobilização e a sua transfiguração em processo para atingir resultados”, uma instrumentalização da mobilização social de modo semelhante à participação comunitária. Nesta concepção de participação são ressignificados os conceitos de trabalho voluntário e solidariedade, fora dos marcos filantrópicos e agora articulados com as novas redes de sociabilidade.

Esse novo conceito de mobilização compõe uma das diretrizes básicas dos programas de gestão participativa desenvolvidos pelas novas ONGs do terceiro setor. Os autores que tratam do tema observam nesta modalidade de participação esforços no sentido de transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil.

A participação que tem como horizonte a emancipação é proposta por Demo (1993) para quem a participação é considerada uma opção para o enfrentamento das condições de desigualdades e contra as tendências históricas de dominação que caracteriza nossa sociedade. Nesse sentido, para o autor, a participação é

conquistada, um componente sempre a ser buscado no processo histórico e nunca alcançado na sua totalidade. Como construção histórica, a participação não pode ser dada ou imposta como afirma Demo:

[...] participação é conquista para significar que é um processo. Infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim participação é essencialmente autopromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente ou acabada [...] não existe participação como dádiva ou como espaço preexistente. Existe somente na medida de sua própria conquista (DEMO, 1993, p.18, 13).

Conforme ainda observa Demo (1993, 2004), para que a participação emancipatória se efetive algumas condições são indispensáveis:

- Educação é condição necessária para despertar a cidadania, com vistas à formação do sujeito do desenvolvimento, transformando-os em sujeitos capazes de construir uma história individual e coletiva. Emancipar-se é um gesto tipicamente reflexivo.

- Identidade cultural comunitária – é o sentimento de pertencimento a um grupo, de participar de um projeto concreto de vida. Sem os traços característicos como valores, crenças, mitos, língua, modos próprios de ser e interagir, sem estes traços a comunidade não se materializa. A cultura comunitária é parteira da participação. Mesmo no mundo atual no qual as comunidades estão mais dispersas, não se manifestando relevos culturais tão típicos, ainda assim são visíveis e essenciais.

- Processo de conquista de direitos – à medida que emerge a noção de sujeito social é importante estabelecer na sociedade o processo de conquista de direitos, de tomada de consciência contra a pobreza política e de se organizar politicamente para seu enfrentamento. Desse modo, processos participativos colocam o desafio de tentar concretamente caminhos alternativos dentro de um sistema capitalista agressivamente desigual e marginalizante, para que seja capaz de construir um projeto alternativo de sociedade plural e solidária.

Como se depreende, o fenômeno da participação é complexo e às vezes contraditório, assim como o é a sociedade. Dada a sua complexidade, comporta

diferentes conceitos e significados de acordo com os paradigmas que a fundamentam. No entanto, não são interpretações únicas, monolíticas. Antes se combinam e se constroem historicamente, dependem das condições econômico-sociais e políticos e da cultura política de organização e mobilização da sociedade civil.

## 4.2 CAMINHOS DA PARTICIPAÇÃO NO BRASIL: UM BREVE OLHAR

Vimos anteriormente a pluralidade de conceitos em torno do tema da participação com seus diferentes pressupostos e entendimentos. Pontuaremos, a seguir, a questão da participação no Brasil.

Podemos dizer que a participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada em virtude das contingências históricas forjadas em um Estado tradicionalmente privatista, autoritário e excludente, fortemente enraizado na prática de reprodução do poder político. Assim na análise de Carvalho (2007) desde a época do Brasil-Colônia, da escravidão e do Império, o povo foi mantido sempre à margem da política. Mesmo assim, ainda que reprimidas como caso de polícia, as formas de participar do povo brasileiro manifestaram evidência.

O período que corresponde à fase que ficou denominada como populista ou nacional-desenvolvimentista, dos anos 30 a 60, é caracterizado pelos chamados movimentos sociais. Estes movimentos foram marcados por fortes pressões cooptadoras por parte do Estado centralizador (CARVALHO, 2007).

Apesar das relações de tutela e de atrelamento dos movimentos sociais, esse período assinala intensa mobilização social que se expressa no movimento operário juntamente com o movimento camponês e os movimentos urbanos, reivindicando múltiplas questões como as reformas de base, políticas nacionalistas e equipamentos urbanos básicos (CARVALHO, 2007; GOHN, 2003a).

Em resposta às profundas mudanças econômicas e políticas, os anos 70 evidenciaram expressiva organização de movimentos sociais. Nessa década e na que se seguiu, o Estado burocrático-autoritário, que se estabeleceu com a ditadura militar, fechou os precários canais de interlocução sociedade-Estado. É nesse contexto que emergiram os chamados “novos movimentos sociais”, rompendo com a forma de organização e prática dos movimentos do chamado período populista (SILVA, 2004).

Os novos movimentos sociais se organizaram então como espaços de ação reivindicativa, recusando relações de subordinação e vocalizando a contestação ao Estado autoritário. Estes movimentos constituíram-se em organizações populares que se mobilizaram em torno da conquista de direitos e melhoria das condições de vida no meio urbano. Representando esses anseios surgem os chamados movimentos populares, como expressão da participação popular e dentre eles tem especial relevo os movimentos contra o custo de vida, moradia, saúde, transporte coletivo (SILVA, 2004, GONH, 2003a).

Doimo (1995) observa que, na trajetória analítica<sup>3</sup> acerca dos movimentos sociais, o enfoque de uma suposta virtualidade revolucionária desses movimentos, via nestes uma capacidade de provocar rupturas com a estrutura capitalista, promessas de democracia direta e de autonomia em relação ao Estado. Mas no seu entender, a autora observa que, ao invés de transformações radicais, tivemos uma transição conservadora rumo à democratização por meio de um pacto entre as elites políticas que favoreciam à continuidade da velha ordem política.

Em sua análise, continua a autora, a natureza da participação desses movimentos incide sobre carências de sobrevivência imediata. Sobre os novos movimentos sociais ela observa que a sua atuação não se dava na órbita das relações de produção ou de trabalho. Ao invés do sonho da grande transformação social, a novidade fundamental dos novos impulsos movimentistas como afirma Doimo

---

<sup>3</sup> Os movimentos sociais desse período foram objeto de um polêmico debate acadêmico no âmbito das diferentes correntes teóricas, que suscitaram várias expectativas de que a participação desses “Novos” Movimentos Sociais pudesse romper com o sistema capitalista. Na década de 80 inicia-se uma crítica ao paradigma marxista, que realçava a autonomia dos movimentos populares frente ao Estado, sendo então incorporadas as visões culturalistas e institucionalistas que privilegiam outras dimensões como a identidade cultural.

(1995, p.50) tem como característica “se originarem fora da esfera produtiva e dos canais convencionais de mediação política, em espaços fortemente marcados por carências referidas ao vertiginoso crescimento e crise do Estado capitalista”.

O tipo de participação desses novos movimentos sociais apresentava contradições oscilando ora entre uma postura anti-institucional, ora em defesa do estatismo e ora reivindicando vantagens do mercado. Assim a ação dos novos movimentos não era tão anti-Estado ou contra o Estado como alegavam algumas matrizes interpretativas. Dependendo dos interesses em jogo, o Estado podia ser amigo ou inimigo.

Apesar da contribuição dos movimentos sociais como uma importante força política no processo de democratização do país, questiona-se a real contribuição para esse processo. Por sua vez Dagnino (2000), entende que as análises anteriores que se pautaram principalmente pelo referencial marxista, baseiam-se numa visão que privilegia a dimensão institucional do processo democrático em detrimento de outras dimensões fundamentais do processo.

Para essa autora, os movimentos sociais desenvolveram uma concepção de democracia que transcende o sentido de democracia como regime político. A contribuição se daria num sentido de democratizar a sociedade como um todo, de forma a aprofundá-la e estendê-la para as relações sociais.

Dessa forma, em sua luta pela ampliação da democracia, um elemento fundamental foi a apropriação da noção de cidadania. Neste sentido a noção de cidadania formulada pelos movimentos sociais enfatiza seu caráter de construção histórica, ou seja, o seu conteúdo e significado não são previamente definidos e delimitados, distantes, portanto, da visão de uma cidadania fundamentalmente legalista e passiva, mas sim, fundada em resposta aos conflitos e à luta política vivida por uma sociedade em um momento histórico dado (DAGNINO, 2000).

Pelo exposto, como se pôde observar, a prática política dos “novos movimentos sociais” foi fecunda para a difusão de uma cultura democrática, de reconhecimento do protagonismo das classes populares pelo direito de tomar parte dos destinos da sociedade.

O processo constituinte, no final dos anos 80, marca uma nova fase dos movimentos sociais. As experiências de participação popular sofrem modificações sob os impactos das transformações políticas e econômicas. No bojo dessas mudanças, toda a energia criada no Brasil pelo ciclo reivindicativo popular dos anos 1975 e início dos anos 1990 foi canalizada para dar corpo a novas alternativas de participação estabelecidas pela nova relação entre Estado e Sociedade. A noção de popular perde lugar para a idéia de sociedade civil organizada. Com efeito, fala-se mais em movimentos sociais organizados e menos em “luta contra o Estado” e mais em participação da sociedade nas decisões através do estabelecimento de parcerias (DOIMO, 1995)

A nova conjuntura política e o novo arranjo de forças dos anos 90 mostraram uma impressionante expansão da privatização neoliberal. O discurso predominante era de sintonizar a economia nacional, a sociedade e o aparato estatal com a globalização econômica. Neste sentido, conforme observa Nogueira (2005), a adesão ao projeto neoliberal acena para uma concepção reformadora em prol de uma redução do tamanho do Estado mediante política de privatização, parceria público-privada, tendo como objetivo alcançar um Estado mais ágil, menor e mais barato.

Dagnino (2007) expõe que o avanço neoliberal no Brasil encontrou aqui um projeto político democratizante e, tendo de responder de algum modo a ele, é forçado a estabelecer relações de sentido e fazer interlocuções com o campo adversário. Assim, conforme aponta a autora, a década de 90 é marcada por uma confluência perversa entre o projeto democratizante e o projeto neoliberal, o que tem provocado uma disputa velada de significados para referências aparentemente comuns: participação, sociedade civil, cidadania, democracia.

O discurso reformista fará um sério esforço para ressignificar o léxico da democracia. Emerge dessa forma a noção de participação que incentiva a solidariedade e a ênfase no trabalho voluntário ao mesmo tempo em que celebra o indivíduo empreendedor e a sociedade civil capaz de resolver os seus próprios problemas (NOGUEIRA, 2005; DAGNINO, 2007 ).

A idéia de “solidariedade”, que é o grande lema dessa participação redefinida aproxima-se da imagem de indivíduos mais cooperativos que conflituosos. Nesses marcos, a participação despe-se do seu potencial transformador e do seu significado político e coletivo uma vez que não mais está em jogo a mudança das condições de dominação. O que se busca não é a explicitação dos conflitos e a busca de acordos. O horizonte de expectativa é a possibilidade de motivar uma participação não perigosa, compatível com a retórica conservadora do projeto neoliberal (TATAGIBA, 2005; NOGUEIRA, 2005).

Na opinião de Dagnino (2007) o caso mais dramático de deslocamento de significado ocorre com a noção de cidadania, que se distancia da concepção gestada pelos movimentos sociais da década de 1980, cujo entendimento situa-se para além da dimensão jurídica, de aquisição formal de direitos. Dessa forma, emerge um significado neoliberal de cidadania. A cidadania se confunde com o consumo, o cidadão é dicotomizado como consumidor e cliente.

Na versão neoliberal de cidadania, a sociedade é chamada a se engajar no trabalho voluntário e filantrópico. A cidadania é identificada com a solidariedade para com os pobres, entendida como caridade. Neste sentido, o discurso neoliberal é marcado pela despolitização dos problemas sociais. Neste contexto tem se observado que as políticas sociais são focalizadas, limitadas à resolução de problemas específicos, dirigidas a determinados grupos sociais (SILVA, 2004; DAGNINO, 2007; TATAGIBA, 2005).

Nesse processo, vamos perceber que esse deslocamento de significados pode despolitizar a participação da sociedade civil e dos movimentos sociais na luta por melhores condições de vida, porque não problematiza as questões de fundo estrutural, e conforme expressa Dagnino (2007, p. 108), o projeto neoliberal opera não apenas com a concepção de um Estado mínimo, mas as investidas ideológicas dessa concepção minimalista se dão tanto no campo da política como da democracia, restringindo “o espaço, a arena da política, os participantes, processos, agenda e campo de ação”.

As pontuações acima acerca da democracia, da participação e dos movimentos da sociedade nos processos de sua construção remetem-nos agora para um campo específico. Trata-se do campo da saúde, lugar de onde falamos na feitura do presente estudo. É o que faremos a seguir.

## **5 A CONQUISTA DA PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE**

Até os anos 30, a atuação do Estado Brasileiro, na área da saúde, foi voltada principalmente para amparar o modelo de desenvolvimento econômico agroexportador. O que se exigia do sistema de saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias, a erradicação e o controle de doenças que pudessem prejudicar a exportação (ALMEIDA et al., 2001).

O sanitarismo campanhista<sup>4</sup> por ter uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes (modelo monocausal) e por meio de atuação militarista, adota medidas severas de combate de vetores, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenção nos corpos individual e social (MENDES, 1996).

Com o crescente processo de industrialização, as precárias condições de trabalho e de vida das populações urbanas propiciaram a emergência de movimentos operários que resultaram numa incipiente legislação trabalhista e previdenciária (PAIM, 2003). A assistência à saúde no Brasil teve na Lei Elói Chaves, editada em 1923, um marco significativo. Vinculada ao mundo do trabalho e submetida à lógica setorial corporativa, não se efetivou na abrangência do conjunto dos trabalhadores, mas apenas para aqueles vinculados aos pólos mais dinâmicos da economia (ELIAS, 2004).

De acordo com Almeida et al. (2001), a atuação do Estado Brasileiro não significou uma atuação nos moldes do Estado Social Europeu. Suas atividades de intervenção pública contemplaram marginalmente a questão social, os direitos sociais,

---

<sup>4</sup> As intervenções estatais no campo da saúde coletiva eram dirigidas a grupos ou pessoas tomados como alvos passivos. Dos interesses dos indivíduos e grupos da sociedade cuidava o Estado, portador da verdade técnica e do poder decisório e executivo. Conforme observa Carvalho (1995) nem por isso os grupos sociais “alvos” da atuação do Estado deixaram de reagir ao papel a eles imposto. Cita-se como exemplo a revolta da vacina, ocorrida no Rio de Janeiro no início do século XX.

centrando, como pudemos contemplar, suas atividades em programas que privilegiavam os setores hegemônicos da economia.

Neste contexto organizaram-se as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Posteriormente seguiram-se outras CAPs formadas por categorias urbanas de trabalhadores, com maior poder de mobilização e pressão. Ao restante da população restava a desassistência, a compra de serviços privados e o amparo de instituições beneficentes. Nas ações preventivas à saúde, mantém-se a prática de campanhas, tendo sido criados vários serviços de combate às endemias. No ano de 1953 é criado o Ministério da Saúde que apenas incorporara a estrutura do Departamento Nacional de Saúde dos anos 30. A dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual persistia.

O incentivo à industrialização que enfraqueceu o modelo econômico agroexportador, provocou o crescimento da atenção médica da Previdência Social e o esvaziamento das ações campanhistas. Essa dinâmica contribuiu para a conformação de um novo modelo assistencial na década de 60 – o modelo médico-assistencial privatista. Assim, este modelo foi sendo gestado em paralelo a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência Social: das CAPs de 1920 aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) de 1930 a 1960, até o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (MENDES, 1996).

Com a implantação do regime autoritário-burocrático em 1964, a Previdência Social Brasileira sofre reestruturação e sob argumento de obter racionalidade financeira unificam os IAPs em um único Instituto, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), num processo de centralização estatal, com a exclusão dos trabalhadores da gestão dos IAPs (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

A criação do INPS em 1966, segundo Mendes (1996) foi o momento institucional da consolidação do modelo médico-assistencial privatista, que vigorou hegemônico até meados dos anos 1980.

A lógica que caracterizou o sistema nacional de saúde na década de 1970 era baseada no Estado, como grande financiador; no setor privado nacional, prestador

dos serviços de atenção médica, e no setor privado internacional, produtor de equipamentos e medicamentos (ALMEIDA et al., 2001). A construção política desse sistema para a melhoria dos níveis de saúde dos trabalhadores dos pólos mais dinâmicos da economia era submetida à lógica setorial corporativa e à mercantilização dos bens e serviços de saúde.

O sistema nacional de saúde configurou-se assim segmentado e socialmente excludente, estabelecendo limites na atenção à saúde das pessoas. Ações lucrativas destinadas às populações integradas economicamente e executadas pelo setor privado. E as ações de saúde coletivas, não lucrativas, destinadas às populações marginalizadas, executadas diretamente pelo Estado (MENDES, 1986). Relegada ao segundo plano pelo regime militar, a saúde pública tornou-se ineficiente, ineficaz e desigual, incapaz de alterar o perfil de morbimortalidade.

No fim da década de 70 e início dos anos 80 o país dava sinais de esgotamento de sua capacidade de intervenção estatal no processo de desenvolvimento econômico, culminando com uma crise generalizada, recessão econômica com a perda do poder aquisitivo dos salários. Intensifica-se o êxodo rural com o crescimento da população à margem do sistema de assistência à saúde. Neste contexto, aumentava a insatisfação da sociedade brasileira proporcionalmente à crise econômica e às dificuldades de expressão política.

É nesse período que se organizaram os movimentos e organizações populares na saúde. Na verdade, como observam Levcovitz et al. (2003), os movimentos contra-hegemônicos ao modelo de atenção à saúde já se fortaleciam desde os anos 60 e até mesmo nos anos 50. A medicina preventiva e a medicina comunitária<sup>5</sup> surgiram

---

<sup>5</sup> Conforme explica Carvalho (1995) a proposta da medicina comunitária, de forte influência norte-americana, aparece a partir do momento em que as ações de saúde pública passam tecnicamente, a depender do assentimento da população. A população deixa de ser alvo inerte de uma ação controlista e normativa e passa a ser chamada, a cumprir um papel ativo e consciente no esforço de busca da saúde pública. Vinculada às experiências da medicina comunitária, surge a participação comunitária que advém do termo comunidade e refere-se a um grupo de pessoas socialmente e culturalmente homogêneas predispostas à solidariedade coletiva, ao trabalho voluntário e de auto-ajuda.

No Brasil, a experiência de participação comunitária não teve muita repercussão já que as práticas dominantes centravam-se no Sanitarismo campanhista e na crescente oferta de assistência médica pela previdência social. Na década de 70, devido o quadro político autoritário, muitas das propostas de participação comunitária foram anuladas na sua dimensão participativa (CARVALHO; PETRIS;

nesse período como modelos inovadores para pensar a atenção à saúde. Esta se vincula a uma outra compreensão do processo saúde-doença. Promover saúde era promover condições de vida digna, o que incluía direito à moradia, educação, integralidade da atenção, direito à participação e intervenção popular. Estes princípios foram resgatados mais intensamente pelo movimento reformista da saúde em meados de 70 quando houve a abertura política do regime militar.

O surgimento do movimento social em saúde coincide então com a abertura política do regime militar. Esse processo permitiu uma efervescência social, com a organização de diversas entidades em diversos setores da vida social. Foi um momento em que se empreendeu uma mobilização em torno da redemocratização do país (GERSCHMAN, 2004a).

Esse movimento de composição de setores da sociedade civil, Igrejas, partidos políticos de esquerda, movimento médico, associações e sindicatos de trabalhadores, tornou-se portador de reivindicações e de denúncias contra o descaso da situação de saúde da população brasileira e engajou-se num projeto reformista na área da saúde.

No que se refere à atuação dos movimentos sociais em saúde, optamos aqui pelo Movimento Sanitário, em virtude de seu papel destacado de oposição ao regime autoritário-burocrático e de sua trajetória política na área da saúde.

A constituição do Movimento Sanitário teve início na década de 70 com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, a partir dos quais se difundiu o pensamento crítico. Mas, ao construir sua identidade, superou os limites do mundo acadêmico, radicou-se na sociedade civil como movimento opositor ao regime e nos espaços de poder procurou viabilizar suas propostas de transformação (SCOREL, 1998, p. 182). Esse movimento pela reforma do setor saúde culminou com a proposta da Reforma Sanitária brasileira, fruto de lutas e mobilizações dos

---

TURINI, 2001). Não obstante, algumas experiências transformaram-se em práticas de organização e politização da comunidade resultando em contestação da situação dominante. Articulada aos movimentos sociais urbanos a participação comunitária é ressignificada e aos poucos dá lugar a participação popular. A participação neste caso tem o sentido de luta e combate ao Estado, aprofundando a crítica ao sistema dominante.

trabalhadores de saúde, articulados ao movimento popular com o desejo de reverter o sistema perverso de saúde (BRAVO, 2002).

Não é possível conhecer a dinâmica do processo de reforma do sistema de saúde, sem conhecer a atuação do Movimento Sanitário. Em 1974 a estratégia de distensão do regime autoritário-burocrático e a necessidade de abrir canais com a sociedade para legitimar o seu modelo econômico e político, permitiram a entrada de técnicos ligados ao movimento sanitário no aparelho do Estado. Essa entrada dos técnicos serviu, conforme Escorel (1998), para acumular experiências que permitiram ao movimento sanitário empreender propostas de transformação da organização dos serviços de saúde. A experiência acumulada nos anos Geisel (1974-1979) possibilitou ao movimento sanitário desenvolver projetos nos anos Figueiredo (1979-1985), desde o Prev-saúde até as Ações Integradas de Saúde (AIS).

É a partir dos anos 80 que se tornou mais visível a influência do pensamento crítico do movimento sanitário nos anéis burocráticos do sistema. É assim que surgiu o Prev-saúde, Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e da Previdência comprometidos com o projeto reformista na saúde. Esse programa sofreu influência do movimento mundial da assistência primária à saúde, configurado pela Conferência de Alma-Ata<sup>6</sup>, em 1978.

O Prev-saúde apresentava características conflitivas com o modelo médico hegemônico e por isso sofreu contestações, sendo engavetado. Foi apresentada uma segunda versão menos polêmica, mas também não foi adiante. Segundo Oliveira & Teixeira (1986), no Prev-saúde, a participação era considerada fundamental para o desenvolvimento político da sociedade e devia permear todos os processos sociais que se desenvolvessem no país.

O engavetamento do Prev-saúde explicita o momento de crise da Previdência perante a sociedade. Como uma das medidas propostas para controlar a crise

---

<sup>6</sup> A Declaração de Alma-Ata elaborada durante a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata (Cazaquistão), defendia a participação comunitária como forma de envolver a comunidade na resolução dos seus problemas, recomendando que os governos incentivassem e assegurassem a plena participação da comunidade. Os governos deveriam para isso desenvolver os meios necessários que possibilitassem as comunidades assumirem a responsabilidade pela sua saúde e bem-estar.

previdenciária, em 1981 criou-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Este era composto por representantes do governo, de trabalhadores, do setor patronal e dos prestadores privados de serviços de saúde. Embora não paritário nos moldes da legislação atual, Carvalho (1995) nos informa que mesmo contando com uma sub-representação da classe trabalhadora, o CONASP tinha uma maioria de membros de fora do governo, ou seja, de representantes da sociedade.

A constituição do CONASP, no contexto de abertura democrática, favoreceu muitas das propostas do movimento sanitário, apesar das disputas dos vários projetos dos diversos atores que o compunham. Várias propostas elaboradas por esse conselho expressavam seu caráter mudancista, um deles foi o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS iniciadas em 1982 propunham mudanças na relação entre o setor público e privado com prioridade para o financiamento do setor público. Implantadas de forma parcial em alguns estados e municípios, as AIS previam a existência de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, que se constituiu numa importante estratégia para o processo de descentralização da saúde. Em relação às instâncias de participação, as AIS permitiram a constituição de órgãos colegiados de gestão, chamadas de CIS<sup>7</sup>, CRIS, CIMS com participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados e até usuários, antecipando desse modo a formação dos futuros conselhos de saúde.

Carvalho (1995) observa que a constituição desses órgãos interinstitucionais não foi fomentada por uma política deliberada por parte do Estado e nem de uma proposta formulada pela sociedade ou pelos movimentos organizados. Constituíram-se por uma lógica racionalizadora e por uma necessidade de instrumentos gerenciais capazes de gerar uma integração entre as diversas modalidades de gestão, mas aos poucos esses órgãos foram penetrados por idéias democratizantes por meio dos atores vinculados ao Movimento Sanitário.

---

<sup>7</sup> Comissões Interinstitucionais de Saúde, organizadas em nível estadual (CIS), regional (CRIS) e municipal (CIMS).

Todo o movimento contra-hegemônico expresso na área da saúde desde o final dos anos 70, o advento da Nova República em 1985 pondo fim à ditadura militar, a atuação do movimento sanitário nos espaços governamentais, possibilitaram a emergência de um cenário articulado para implantar o processo de reforma com objetivo de produzir mudanças na política de saúde. A conjugação de todos esses fatores viabilizou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986.

Essa Conferência contou com ampla participação, reunindo cerca de cinco mil participantes oriundos dos diversos segmentos sociais e políticos interessados nas questões de saúde. O resultado da VIII CNS foi a aprovação de um relatório que veio a constituir-se no Projeto da Reforma Sanitária Brasileira que tinha como princípios a participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde. Sustentou-se num conceito abrangente de saúde, entendida como direito de cidadania e dever do Estado. Para que se efetivassem estas transformações nas políticas de saúde, foram encaminhadas pela VIII CNS as seguintes proposições:

- A instituição de um sistema único de saúde com predomínio do setor público.
- Descentralização e hierarquização do sistema.
- Participação e controle da população na reorganização dos serviços.
- Readequação financeira do setor (GERSCHMAN, 2004a).

Esse evento foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para discutir democraticamente as diretrizes políticas em saúde (SCOREL, 1998). Não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro tenha convocado a sociedade civil organizada para debater políticas ou programas de governo. Segundo Carvalho (1995) as conferências de saúde anteriores caracterizaram-se por baixíssima representatividade social, com a participação restrita a gestores e técnicos governamentais.

Como principais desdobramentos da VIII CNS e para dar continuidade ao projeto da Reforma Sanitária foram constituídas a Comissão Nacional da Reforma Sanitária e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária previa uma composição paritária de entidades do governo e da sociedade, no entanto, como observa Escorel (1998), esta realizou um trabalho mais técnico com poucas repercussões políticas.

A Plenária Nacional de Entidades de Saúde tinha como finalidade continuar a articulação dos organismos da sociedade civil que participaram da VIII CNS e elaborar um projeto constitucional para ser aprovado no processo constituinte (GERSCHMAN, 2004a). Ao que tudo indica, conforme nos aponta Escorel (1998), esta Plenária obteve vitórias que resultaram na aprovação do capítulo da saúde na Constituição de 1988, fruto da luta histórica do movimento sanitário.

A implantação da Reforma Sanitária ocorreu num contexto de amplas disputas no interior dos órgãos burocráticos da Saúde, onde os avanços das propostas não se faziam sentir na política e nas ações do governo. Esses conflitos intragovernamentais não conseguiram produzir avanços no processo reformador, mas, apesar dos obstáculos dos setores contrários à implantação das políticas inovadoras, foi criado em 1987 o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, o SUDS.

O SUDS situando-se na seqüência das AIS desconcentrou recursos e descentralizou parte do processo decisório para estados e municípios sendo viabilizado por meio de convênios. Alguns pontos importantes foram estabelecidos, como o planejamento descentralizado e integrado através da programação e orçamentação integradas (POI), através da qual eram repassados os recursos financeiros e não mais por meio da compra de serviços no interior do setor público; financiamento de ações preventivas e a participação social através das CIM's (ALMEIDA et. al., 2001, PAIM, 2003). Carvalho (p. 59, 1995) observa que em relação à participação social<sup>8</sup>, o SUDS torna obrigatória a participação de setores da

---

<sup>8</sup> Enquanto no período autoritário era predominante a proposta de participação popular com o sentido de luta e oposição ao Estado, o processo de democratização traz à cena novos atores e novas questões na esfera das relações Estado-sociedade. O processo de participação se requalifica, não se

sociedade civil nas comissões interinstitucionais e recomenda fortemente a criação de conselhos de saúde, apesar de não haver detalhes em relação à composição e atribuição destes.

Correia (2000, p.61) comenta que as CIM's criadas pelas AIS, tinham uma composição meramente institucional, pois seu objetivo era articular as instituições. Foi com o SUDS que essas comissões passaram a ser abertas à sociedade civil organizada. Ainda comenta essa autora, a participação da sociedade foi limitada por não ter sido resultado de pressão popular, mas antes servia para legitimar a POI, um instrumento de planejamento da captação de recursos.

Concomitante ao processo de implementação da proposta do SUDS travam-se na Assembléia Nacional Constituinte os debates em torno da elaboração do capítulo de saúde na nova Constituição. Apesar da significativa expressão política dos grupos de oposição interessados na manutenção do sistema de saúde vigente, as correntes progressistas ligadas ao movimento sanitário e articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde garantiram no corpo da nova Constituição, a inscrição das idéias e propostas aprovadas na VIII CNS (CARVALHO, 1995, NORONHA & LEVCOVITZ, 1993).

A promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 mudou o arcabouço jurídico-constitucional do sistema público de saúde ao reconhecer a saúde como direito de cidadania, ao adotar uma concepção ampliada do processo saúde-doença, definição de diretrizes para a reorganização e funcionamento do sistema assim expresso na Constituição (BRASIL, 1988, art. 198)

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

---

refere apenas aos setores sociais excluídos pelo sistema, mas passa a reconhecer e acolher as demandas da sociedade. A idéia de participação social impõe a presença explícita e formal no interior do aparato estatal dos vários segmentos sociais, tornando visível e legítima a diversidade de interesses e projetos (CARVALHO, 1995).

O capítulo da saúde na Constituição refletiu o longo processo de amadurecimento do movimento reformista no setor saúde e apesar da correlação de forças presentes na sociedade brasileira e a luta política entre o projeto neoliberal e da reforma sanitária, permitiu a continuidade de uma luta em defesa da regulamentação de um sistema único de saúde mais equânime, com oportunidade de acesso universal às ações e serviços de saúde que configurassem a integralidade da assistência e mais democrático.

No início da década de 90, o processo de regulamentação do SUS contou não apenas com atores do Movimento Sanitário, mas incorporou novos atores, como os Secretários Municipais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Para a efetiva implantação do SUS e dando continuidade ao processo de pactuação infraconstitucional, seguiu-se a elaboração e aprovação da Lei nº. 8080, chamada “Lei Orgânica da Saúde”, publicada em 19 de setembro de 1990 que em suas diretrizes reafirmou a participação da sociedade civil organizada no SUS (BRASIL, 1990).

O preceito constitucional que trata da participação da comunidade e mais os artigos que dispunham das transferências financeiras a estados e municípios, sofreram vetos pelo presidente da República. Tal fato gerou uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária de Saúde. O episódio foi revertido e em 28 de dezembro de 1990 foi publicada a Lei 8142 (BRASIL, 1990) que dispôs sobre a “participação da comunidade” no SUS, assegurando os conselhos e conferências com caráter deliberativo e a transferência intergovernamental dos recursos financeiros na saúde.

## 5.1 O CONTEXTO SUS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As Leis Orgânicas da Saúde – LOS (8080/90 e 8142/90), que regulamentaram os preceitos constitucionais conferiram espaço institucional para a participação da comunidade através da instituição obrigatória dos conselhos e das conferências de saúde nas três esferas de governo. A lei 8142/90, art. 1º, estabelece que os conselhos de saúde sejam órgãos de caráter permanente e deliberativo. Como órgãos colegiados, têm a sua composição definida na Lei. Deve existir um conselho de saúde para cada esfera de governo. Estes órgãos do poder executivo têm na sua composição representante do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Define a paridade da composição de usuários em relação aos demais participantes; ou seja, 50% de conselheiro serão de representantes dos usuários e os outros 50% serão de representantes dos demais segmentos.

A recomendação das vagas nos conselhos de saúde, conforme critério estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>9</sup> é assim distribuído: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados. A indicação dos conselheiros deve ser feita pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante uma ampla discussão interna ou com outros movimentos afins (BRASIL, 2001).

A Lei confere aos conselhos de saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde em sua esfera governamental, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A atuação na formulação de estratégias, conforme estabelecido pela legislação, refere-se a uma postura combativa, ofensiva, criadora de construção do novo modelo. Essa atuação não deve ser isolada, mas articulada e sinérgica com o gestor do SUS e com o

---

<sup>9</sup> Cabe observar que o Conselho Nacional de Saúde tem a sua existência como instituição anterior a Constituição de 1988 e ao SUS. A sua reorganização nos moldes legais inicia-se com a Lei 8028 de 12 de abril de 1990, mas foi somente em junho de 1992 ele passou a seguir ao pé da letra o mandamento da paridade. Carvalho (1995) informa que a atuação do CNS tem um percurso cotidiano marcado pelo compromisso com o SUS. Tem uma identidade própria que o credencia como sujeito político de referência nacional para o setor.

Poder Legislativo, sem qualquer prejuízo da autonomia e agilidade próprias do conselho (BRASIL, 2002).

Ao se referir à atuação no controle da execução das políticas de saúde, esta diz respeito a uma postura defensiva contra os desvios e distorções. Esse controle não deve ser meramente de fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS (BRASIL, 2002).

Os conselhos de saúde têm os seus princípios básicos de organização previstos no estatuto constitucional e a organização, funcionamento, atribuições, competências, periodicidade das reuniões entre outros aspectos devem estar especificados em regimentos próprios, que são elaborados pelos conselheiros e aprovados em reunião plenária do conselho. Às competências elencadas no regimento, decorrentes da LOS, somam-se as eventualmente atribuídas pela Lei Orgânica do Município.

A disseminação dos conselhos de saúde encontrou apoio no processo de descentralização via municipalização da saúde para atender os dispositivos legais. Um dos fatores indutores deste processo foram as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/91 e a 01/93 do Ministério da Saúde, que para regulamentar as transferências financeiras federais aos estados e municípios, estes teriam que comprovar o funcionamento dos seus conselhos de saúde e do Fundo Estadual/Municipal de Saúde. Assim é que para se credenciarem à municipalização, os municípios aceleraram o cumprimento das exigências, resultando num rápido processo de criação de conselhos de saúde.

Esta situação foi apresentada no relatório final da pesquisa “Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde” citada por Carvalho (1995 p. 65) em que no ano de 1993, dos 4973 municípios brasileiros existentes a época, foram cadastrados 3376, sendo que 2108 municípios ou aproximadamente 62% revelaram dispor de conselhos de saúde constituídos.

Atualmente, o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS), um banco de dados nacional alimentado pelos conselhos de saúde municipais e estaduais, revela que há 5091 conselhos de saúde cadastrados, representando 91,07% dos conselhos de saúde existentes (BRASIL, 2007). Para além de um fenômeno juridicamente induzido, a criação dos conselhos de saúde expressa antes de tudo um processo político e social marcado pela participação dos atores comprometidos com a institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira.

As conferências de saúde são o outro mecanismo para assegurar o cumprimento do mesmo mandato constitucional. Elas são instâncias colegiadas com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo. Devem ser convocadas a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou extraordinariamente pelo conselho de saúde.

Giacomini (1991) comenta que as conferências de saúde constituem-se em momentos privilegiados do debate democrático relacionado às questões de saúde e suas articulações intersetoriais. Trata-se, portanto, de um fórum adequado para socializar informações concernentes aos serviços e a situação de saúde da população. Como são de caráter consultivo, as conferências de saúde não têm poder de decisão, mas as suas resoluções devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos conselhos de saúde.

Não obstante as propostas de mudança do sistema de saúde nacional encaminhadas no relatório final da 8ª CNS realizada em 1986 e dificuldades para fazer valer o que foi aprovado em seu relatório, a 9ª CNS de 1992 teve como tema central: *Saúde: municipalização é o caminho*. E reafirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado. Suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde, fortalecimento da descentralização e do controle social (BRASIL, 2007).

Em 1996 aconteceu a 10ª Conferência Nacional de Saúde onde foi discutida a necessidade de avaliar o sistema de saúde implantado, a participação social, a descentralização financeira com reestruturação de poder para melhorar a eficiência

e eficácia dos serviços no nível local. Seu tema central foi: *Construindo um modelo de assistência à saúde para a qualidade de vida*. Em suas recomendações foi reafirmado o caráter permanente e deliberativo dos conselhos de saúde (Conferência 1996).

A 11ª CNS foi realizada em 2000, com o tema *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*. Os participantes desta conferência reconheceram os avanços e desafios ao processo de efetivação do SUS apesar do contexto econômico e social marcado pelo autoritarismo, pela exclusão e frágil organização da sociedade (BRASIL, 2000).

Antecipada para 2003, a 12ª CNS teve como tema: *Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos o SUS que queremos*. Em seu relatório final são reafirmadas as diretrizes constitucionais de universalidade, integralidade, descentralização e participação social. Houve uma grande mobilização em torno desta Conferência com a realização de conferências em todos os estados e em 3640 municípios, contando com a presença de 71% de delegados participando pela primeira vez de uma Conferência Nacional. Tão rico foi o patrimônio coletivo produzido que se sinalizou o propósito de constituir a 12ª CNS em novo marco histórico do SUS.

A 13ª CNS realizada em 2007, que teve como tema: *Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento* (BRASIL, 2007), discutiu diretrizes para a formulação da política de saúde no século XXI, reconhecendo-se necessário conferir à saúde o estatuto permanente de política integrante da seguridade e da proteção social, e componente indispensável para alcançar o desenvolvimento econômico, social e cultural. Destaca-se no eixo temático que trata da participação, a educação permanente como proposta para uma atuação mais protagônica dos conselhos de saúde contribuindo para o fortalecimento do SUS.

Os conselhos e as conferências de saúde não são as únicas formas de participar do SUS, embora sejam as únicas obrigatórias por serem previstas na Constituição Federal. Para ampliar as possibilidades de participação da população outras

instâncias podem ser criadas como, por exemplo, os conselhos distritais e gestores nas UBS.

Outros meios de controle social, além da participação da comunidade prevista e formalizada pelos conselhos e conferências de saúde foram criados na Constituição Federal. Alguns instrumentos legais<sup>10</sup> na estrutura jurídica foram incumbidos de exigir do Estado a efetivação do direito à saúde assegurada na legislação, mas, comentam Silva & Oliveira (2007), as medidas judiciais não são instrumentos de elaboração e implementação de políticas públicas. A judicialização das políticas públicas em saúde tem um menor potencial inclusivo, porque há uma inversão de enfoques, na qual a abordagem do problema parte do individual e não do coletivo. Tais medidas observam as autoras acima, reiteram a urgência na formulação de políticas públicas satisfatórias, no entanto esse tipo de ação não possibilita o planejamento e gestão participativas, não garantem espaço para uma participação social efetiva que seja capaz de implementar políticas na perspectiva de “todos”.

De todo o exposto se evidencia que é o povo organizado o garantidor, por excelência do direito à saúde. A mobilização da comunidade é o mais poderoso instrumento de controle social, com capacidade de repercussão nas políticas públicas, em especial as da saúde.

---

<sup>10</sup> Citam-se entre estes, o Ministério Público (C.F.art.127), a Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional e das Assembléias Legislativas (C.F art. 58), o Tribunal de Contas (C.F.art. 74 § 2º). Estão previstas também na Constituição Federal as garantias individuais e garantias dos direitos coletivos. Estes são mecanismos para garantir os direitos constitucionais, entre eles temos: o direito de petição; o mandado de segurança, individual e coletivo; o mandado de injunção, individual e coletivo;o *habeas data* e a ação popular (SANTOS & CARVALHO,1992).

## 5.2 A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE

O elevado número de conselhos de saúde na maioria dos municípios brasileiros e em todos os estados da federação, chama a nossa atenção para a discussão acerca dos mecanismos de controle social necessários à efetivação das ações e serviços do SUS, posto que coloca no centro destas questões a construção de um sistema de saúde eficiente, capaz de responder aos problemas de saúde e doença dos brasileiros.

Embora a discussão acerca do controle social exercido pelos conselhos de saúde pareça ter sido esquecida em alguns momentos, no entanto, as desigualdades das condições de saúde da população permanecem como expressão de uma realidade que conclamam os movimentos sociais e a sociedade civil a exercer continuamente o controle social sobre a saúde.

Ainda que se tragam as experiências da presença popular nos serviços públicos de saúde, como exigências das lutas sociais, Sposati & Lobo (1992), já afirmavam que o controle social em princípio é uma forma de interlocução regulada e institucionalizada com considerável grau de aceitação e legitimidade, mas essas autoras questionam como o controle social tem sido exercido ou o quanto ele tem se tornado um efetivo exercício democrático. Continuando na sua indagação elas propõem que o melhor seria perguntar qual é o grau de apropriação popular das políticas e ações de saúde a partir do controle social.

Passados dezessete anos da regulamentação do SUS, percebemos as diversas crises que atravessam o sistema de saúde em nível nacional e de forma particular no nível local quanto às dificuldades para efetivar o direito à saúde. Sposati & Lobo (1992), ao mapear questões acerca do controle social e políticas de saúde, nos chamam a atenção para a relação intrínseca entre direito à saúde e o próprio movimento da população para conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. Essa situação nos faz refletir que é fundamental que se afirme o controle social na área da saúde.

Neste sentido é importante compreender que a defesa e efetivação do SUS em um Estado descentralizado, democrático, realizador de políticas públicas voltadas para enfrentar as desigualdades sociais, depende de que tenhamos um fortalecimento da organização da sociedade civil (ACIOLE, 2003). E para tal, ainda na observação desse autor, teríamos que romper com práticas cristalizadas de um Estado que predominantemente se pautou, no caso brasileiro, por uma postura autoritária, centralizadora e refratária às manifestações dos usuários do sistema de saúde.

Paralelamente, convivemos no cenário das políticas governamentais, com o pensamento hegemônico de redução do papel do Estado. E conforme observa Aciole (2003, p. 66)

em um país como o nosso, de instituições e culturas fragilizadas, que sobrevive à custa de importar modelos e aplicá-los em nosso território sem a mínima crítica aos aspectos peculiares que devem ser observados, a mera manutenção constitucional da máxima "saúde como direito e dever do Estado" pode estar severamente ameaçada.

Dallari em recente entrevista (CONSTITUIÇÃO & DEMOCRACIA, 2007) observa que os princípios do SUS de hierarquização, descentralização, direção única são técnicas de gestão que servem para qualquer tipo de trabalho, no entanto, o que ela considera fundamental e responsável pelo balanço positivo do SUS é o envolvimento da população no sistema, porque não há direito à saúde se não houver participação social.

Desde a regulamentação do SUS em 1990, uma série de processos participativos foi desencadeada no Brasil, se se tomar em conta os avanços da descentralização via municipalização da saúde. Descentralização aqui entendida como deslocamento de espaços de poder para as instâncias subnacionais (COSTA & NORONHA, 2003), pois nem sempre descentralizar significa democratizar, visto que também podemos nos deparar com diferentes arranjos locais na condução dos processos decisórios, capazes de comportar tanto formas clientelistas, autoritárias e democráticas. O princípio de participação social se associa fortemente ao de descentralização pelo fato da aproximação territorial entre usuários e gestores (DORNELLES & LOCKS, 2003; ASSIS, 2003) e desse modo entendemos que os municípios representam um

espaço privilegiado por ser a porta de entrada do sistema de saúde e lugar privilegiado para o planejamento e execução das políticas de saúde.

Dornelles & Locks (2003) ressaltam a importância do espaço local na construção do processo participativo em que o nível local deve lutar para que todos participem ativamente das decisões locais sobre as ações de saúde. Espaço local refere-se ao município ou a comunidade tomada no sentido aqui como primeiro nível de representação democrática do território, definido jurídica e territorialmente como um espaço limitado em que as pessoas vivem e têm poder de autonomia na condução de suas políticas locais; espaços naturais onde se produzem trocas, onde são mais dinâmicas as relações culturais, econômicas ou sociais e onde pressupõem também um caráter de identidade cultural e histórica, mas nem por isso significa ter uma vida cotidiana uniforme, mas assimétrica e imaginativa.

Nesse sentido, essas autoras ao fazerem uma reflexão sobre o controle social resultante de um processo de construção de participação popular em saúde em que é levada em consideração a complexidade da vida, a construção de relações solidárias entre os grupos, onde se articulam o saber constituído e o saber local e a aceitação e reconhecimento do conflito entre os grupos sociais, afirmam:

controle social, embate democrático e participação popular apenas têm sentido se pensados e construídos em conjunto. Participação popular é a concretização da participação cidadã em questões de interesse coletivo, cotidianas e comuns a todos, portanto, de conhecimento de todo e qualquer cidadão. (DORNELLES & LOCKS, 2003 p.350).

Dessa forma, conforme o entendimento dessas autoras, o controle social quando se volta para o interesse de todos, deixa de ser a simples fiscalização sobre as ações governamentais, porque o governamental se confunde com o bem comum, entendido como o melhor para todo e qualquer cidadão, no seu cotidiano.

Torna-se evidente assim que é a partir do espaço municipal que o SUS tem sido pensado desde sua inclusão na Constituição Federal Brasileira, criando uma rede de referência que tem início e fim no local de moradia das pessoas. O planejamento das políticas de saúde deveria se voltar para aproximação da vida cotidiana de cada cidadão (DORNELLES & LOCKS, 2003).

Nesse sentido, entendemos que é no nível local que se deva lutar para que todos participem ativamente das decisões locais sobre as ações de saúde e que o conselho municipal de saúde seja o promotor da participação social e não somente apenas em época das conferências.

Desse modo os conselhos de saúde se expressam nesse cenário como instâncias comprometidas com o exercício da participação e do controle social, embora o controle social através dos conselhos de saúde não possa substituir o controle social pelos movimentos da sociedade civil organizada que, conforme nos adverte Misoczky (2003), antes da existência dos conselhos, o trabalho em saúde incluía “ir onde o povo está”. Para tratar dos temas relativos à saúde se reconhecia a legitimidade de espaços de participação autônomos – associações de moradores, locais de culto, áreas e momentos de festa etc.

A criação dos conselhos e o desejo de que os mesmos se constituíssem em instâncias legítimas de deliberação sobre a política e as práticas em saúde, fizeram que se relegassem a um plano secundário os outros movimentos sociais nos espaços da comunidade (MISOCZKY, 2003 p. 342). Para essa autora, a adoção de modo estrito dos conselhos cria mais obstáculos do que avanços para o aprofundamento da democracia e para ela esses dois espaços podem ser complementares e fecundar-se mutuamente.

De acordo com Correia (2000) os mecanismos de participação institucionalizada na área da saúde – conselhos e conferências - apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais, mas podem ser também espaços de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia.

A preocupação em torno dos conselhos de modo a que não se constituam em únicos espaços de controle social já se encontrava presente desde a CNS/92 onde se pôde verificar esta situação em seu relatório final:

A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a seguridade social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da

cidadania. Para que se concretize é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independentemente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde (IX CNS/92).

A participação institucionalizada é definida por Carvalho (1995, p.26) como o “processo de inclusão no arcabouço institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade” e destacando a singularidade desses espaços, ele comenta que:

A possibilidade de exercer poderes governamentais ou estatais confere aos conselhos uma característica singular em se tratando de espaços contra-hegemônicos, que os distingue substancialmente de outros organismos de natureza estritamente civil. (CARVALHO, 1995, p.111)

Sendo um espaço de práticas contra-hegemônicas no interior do Estado e mesmo assumindo que na maioria dos casos a constituição concreta dos conselhos de saúde foi motivada pela exigência legal, Carvalho (1995 p. 108) ainda observa que:

Na verdade, não se pode imaginar que os conselhos sejam invólucros ou continentes vazios, a serem preenchidos ou utilizados por qualquer proposta ou ator social. Mesmo em situações de criação burocrática dos conselhos, por mero cumprimento da exigência legal, os marcos político-ideológicos da proposta tendem a exercer papel catalisador, facilitando a emergência e a ação dos segmentos interessados na transformação democrática do sistema de saúde.

Constatamos em diversos autores que os conselhos de saúde são apontados como um novo *locus* no exercício do poder político; por estarem participando da gestão das políticas públicas e estabelecendo uma relação de outra natureza entre Estado e sociedade, onde estão presentes componentes para a construção de uma cultura política democrática e participativa (CARVALHO, 1997, KRÜGER, 2000, COSTA& NORONHA, 2003).

É assim que Krüger (2000, p. 122) ao apontar as potencialidades dos conselhos observa que:

Os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões e ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

De outro modo, a discussão sobre a participação e o controle social possibilita identificar fragilidades e obstáculos para a efetivação da participação dos segmentos nos conselhos de saúde e a despeito das potencialidades dos conselhos de saúde em quase todos os municípios e estados brasileiros, Labra & Figueiredo (2002, p. 541) observam que:

numerosos estudos têm demonstrado que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Dificuldades derivam também de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas.

Oliveira (2006 p. 28) observa que “não obstante os conselhos terem sido criados em um contexto em que todo avanço da participação popular seria um ganho para a sociedade civil”, percebe-se que hoje a prática dos conselhos de saúde em nível municipal precisa ser mais bem avaliada, para “apontar os desafios e as contradições em relação ao controle público<sup>11</sup> e a participação popular no SUS” (idem, ibidem).

Para esse mesmo autor inúmeros obstáculos se impõem para o cumprimento do papel dos conselhos transformando-os em simples “instâncias homologatórias das decisões dos gestores, reiterando a verticalidade do poder”, contradizendo dessa forma os princípios democráticos que nortearam a sua criação (idem, ibidem).

---

<sup>11</sup> Oliveira (2006) prefere usar a expressão controle público a controle social, pois este último tendo origens na psicologia e sociologia e ressignificada para o contexto político nas décadas de 70 e 80, a expressão controle público expressa melhor a idéia de *accountability* na área da saúde e presente nos conselhos. *Accountability* é parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações, autoridades e lideranças políticas), transparência e adequação de seus atos diante de outros atores sociais.

Estudos com conselhos municipais apontam na prática cotidiana alguns fatores que são determinantes do processo participatório que de acordo com Cortes (1998 p. 11) as mudanças na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde e a organização dos movimentos popular e sindical na cidade são os mais decisivos. Essas instâncias não existiriam não fosse a estrutura que os criou, e “somente haverá participação se houver organização da sociedade civil” (id. *ibid.*).

Ainda este autor considera como fatores influentes no processo participatório: a estrutura institucional do sistema de saúde, o relacionamento entre profissionais de saúde pública, notadamente os que trabalham em unidades de saúde; as lideranças populares e sindicais na cidade; a posição das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde e dinâmica de funcionamento do conselho.

Consideramos, no entanto, que a posição das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde tem uma influência marcante nesse processo, mas como observa Cortes (1998 p.11) “em certos casos pode haver resistências das autoridades municipais de saúde em relação à participação dos usuários e mesmo assim ela pode ocorrer em função da pressão dos movimentos sociais”. Concordamos com este autor ao pontuar que na realidade esses determinantes não são excludentes e se afetam mutuamente, compondo as partes de um todo integrado e conflituoso.

Viana (1998), ao comentar a influência das transformações do setor saúde como condicionante para o funcionamento dos conselhos de saúde, ressalta a preponderância dos executivos municipais, decorrente do tipo de descentralização operada no SUS. Dependendo das formas de organização e gestão das estruturas administrativas, se descentralizadas ou não, influenciarão de forma marcante os conselhos existentes e sua capacidade de se impor autonomamente ou não os rumos da política local de saúde.

Dal Poz & Pinheiro (1998, p. 28), ao focar o processo de municipalização como condicionantes importantes para os processos participativos dos usuários, observam que todas essas afirmações “ganham notoriedade quando construídas num contexto político e institucional favorável” e quando o “estilo de gestão adotado pelo governo

municipal para a saúde é participativo e a cultura política daquela localidade possui uma história de movimentos reivindicatórios atuantes”. No entanto, esses autores assinalam a antítese destas condições quando se trata da maioria das localidades brasileiras, pois muitas delas são desprovidas de investimentos, caracterizadas por desigualdades sociais, reduzidos direitos de cidadania e onde ainda está presente uma cultura patrimonialista.

Em que pese a heterogeneidade na composição dos conselhos de saúde e a paridade do segmento dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, Carvalho (1995 p. 108) afirma que:

a composição dos conselhos de saúde está longe de espelhar o quadro real de repartição de poder político e influência social que prevalece entre os diversos grupos sociais. Como órgãos colegiados, os conselhos de saúde são perpassados por interesses diversos e mesmos contraditórios.

Nessa mesma linha Costa & Noronha acrescentam (2003, p. 360):

os conselhos de saúde são, neste contexto, espaços de poder, de conflito e de negociação. Mas, nas condições sociopolíticas brasileiras, não há como deixar de reconhecer a assimetria entre os membros dos conselhos de saúde, especialmente no que se refere ao acesso e ao uso das informações, assim como a outros recursos de poder, resultantes nas dificuldades para o efetivo cumprimento dos seus objetivos.

O exercício do controle social no âmbito dos conselhos de saúde constitui um processo de interação entre os distintos sujeitos, portadores de interesses diversos, com diferentes necessidades, forma de inserção social e visão de mundo que fazem com que haja uma disputa de poder entre os diversos atores sociais (COSTA & NORONHA, 2003). Para Tatagiba (2002), a pluralidade na composição não é um obstáculo, mas é justamente o contrário, é o elemento que responde pela natureza pública e democrática dos conselhos. A pluralidade é perfeitamente compatível com a deliberação e um dos grandes desafios na experiência conselhistas é permitir que os diferentes atores envolvidos, principalmente aqueles em situação de desvantagem, possam expressar e sustentar publicamente sua diferença.

Enquanto uma instância de poder, Oliveira (2006) observa que o jogo do poder nos conselhos expressa-se numa relação bastante desigual. É conhecido o peso dos representantes do governo ou do sistema privado. Conforme ainda Oliveira, esses representantes, na prática, são refratários ao controle social e em consequência agem buscando reduzir o papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação das decisões supostamente democráticas.

Tatagiba (2002) afirma que em relação à representação paritária e plural, mesmo que exista uma igualdade numérica entre sociedade e governo, essa igualdade não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório.

Constata-se ainda que os conselhos de saúde se tornam com freqüência alvos de disputas político-partidárias, os quais se transformam em uma arena de embate entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público da saúde.

Essa questão coloca em evidência as assimetrias de poder entre os segmentos representados nos conselhos de saúde, onde os melhores preparados discursivamente dominam o ambiente. Neste sentido, Oliveira (2006) observa que as assimetrias sociais e simbólicas da sociedade têm forte impacto nos processos comunicacionais no interior dos conselhos. Para ele as profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos reiterando a verticalidade do poder, constituindo-se em obstáculos à igualdade de participação nos processos deliberativos.

Conforme observa Daniel (2007), os segmentos mais organizados e mais representativos têm muito mais poder de se apresentar na esfera pública do que segmentos que não são tão fortemente articulados. Essa assimetria de poder é inerente à maneira como funciona nossa sociedade. Tem mais poder quem tem poder econômico. Dessa maneira, alguns segmentos têm mais condições concretas e objetivas de se colocar na esfera pública e ditar sua agenda do que os segmentos que não têm poder econômico.

De acordo com Oliveira (2006), sendo as relações simbólicas e sociais assimétricas, a compreensão, o peso e o entendimento das questões colocadas nos conselhos são diferentemente interpretadas por cada segmento ou conselheiro. Estas assimetrias cognitivas contribuem para que a participação de cada um seja proporcional apenas àquilo que se coloca dentro do seu horizonte social de entendimento.

Neste sentido, muitas vezes as dimensões fiscalizatórias de controle social, além de serem provocadas pela difusão equivocada do conceito, se transformam em obsessão com o controle burocrático e administrativo, envolvendo o atendimento à saúde, como por exemplo, o atraso do médico, a falta de medicamentos, a obra paralisada no “posto de saúde” etc., e negligenciando as questões macros ou essenciais das políticas públicas (OLIVEIRA, 2006).

Se por um lado a participação se dá através de uma forma de construção cognitiva, porque cada membro do conselho faz uma interpretação pessoal de cada situação, de certa forma, esse olhar do autor nos remete a uma outra questão: a lógica que preside a participação dos usuários nos conselhos de saúde municipais. A precariedade dos serviços de saúde nas grandes cidades faz com que frequentemente as discussões sobre o problema do acesso monopolizem quase todo o tempo das reuniões dos conselhos de saúde municipais (VALLA, 1998), bem como a relação médico-paciente e a ação do poder local. Neste sentido, os conselhos têm tido um papel fundamental tornando visíveis muitas questões que, tratadas como improváveis e impossíveis de serem analisadas, passam a ser discutidas nestes espaços (DAL POZ & PINHEIRO, 1998).

Para os usuários, recuperar a sua saúde é a única lógica, a única razão porque ele demanda serviços. Para ele o que interessa é ter seus problemas de saúde resolvidos e seus critérios, expressos quase sempre em dor e sofrimento, exigem ações imediatas. Para as instituições de saúde, a lógica do seu funcionamento obedece a critérios de racionalidade que não são os mesmos para os usuários. Sendo assim, é preciso encontrar uma forma de conciliar o pragmatismo do usuário com os objetivos da instituição. O desafio da gestão colegiada é fazer com que os usuários e os demais segmentos, além de deliberarem sobre demandas que exigem

intervenções mais imediatas originadas no cotidiano dos serviços de saúde incluem em suas discussões as questões mais abrangentes da política de saúde (GONÇALVES, 1999).

Neste sentido, conforme expõe Gazeta (2004 p.47) para ampliar o "potencial democratizante dos conselhos é preciso que os interesses dos diferentes segmentos sejam negociados por meio da utilização de procedimentos dialógicos". É o processo dialógico o instrumento privilegiado para resolver os conflitos inerentes à diversidade dos interesses em jogo e a partir do diálogo e confrontação pública desses interesses é que os conselhos se distinguem da troca de favores. O fundamental é estabelecer relações no sentido contrário às práticas clientelistas, contribuindo para que se instaurem formas mais democráticas de gestão (TATAGIBA, 2002).

Para Tatagiba (2002) além de uma necessidade de respeitar as diferenças entre os segmentos, para efetivar os conselhos como espaços de representação paritária e plural é preciso estabelecer vínculo entre os conselheiros com suas entidades. Para essa autora, os estudos de casos com conselhos permitem afirmar um vínculo muito frágil entre os representantes governamentais e seus órgãos de origem, bem como foi possível constatar a fragilidade do vínculo entre os conselheiros não-governamentais e suas entidades.

Esse distanciamento dos conselheiros em relação a suas bases de que fala a autora, sugere um problema, qual seja, a de que as pautas do conselho nem sempre são discutidas com as entidades e movimentos de origem e a posição destes nem sempre chegam aos conselhos, de forma a influir nas deliberações, além de que, muitas das propostas defendidas são geradas a partir da opinião do conselheiro. No caso dos conselheiros usuários, esta situação se mostra mais problemática porque estes sem um amadurecimento prévio acabam aderindo às posições defendidas por outro segmento com maior poder de argumentação.

O afastamento dos conselheiros de suas bases resulta numa baixa visibilidade social e, conforme observa Oliveira (2006 p. 37), "a população quando quer reclamar ou sugerir alguma coisa para a saúde, vai direto ao prefeito, ao secretário, à polícia ou promotoria de saúde e muito raramente vai ao conselho". Essa situação,

conforme ele observa, deve-se a uma interação conselho-sociedade demasiadamente fraca ou inexistente devido aos poucos canais de comunicação utilizados para esta finalidade. Diante dessas situações, os conselhos sem capilaridade social são levados ao isolamento e à debilidade.

Conforme destaca Tatagiba (2002), alguns estudos existentes sobre o tema da representatividade, são unânimes em reconhecer que a falta de capacitação dos conselheiros, tanto governamentais quanto não governamentais constitui-se em obstáculo para uma intervenção mais ativa no diálogo deliberativo no interior dos conselhos. Nesse sentido, a autora aponta que o problema da falta de capacitação atinge de forma diferenciada os distintos atores que participam dos conselhos. Se o acesso às informações e o conhecimento da máquina administrativa são prerrogativas dos conselheiros governamentais, os representantes da sociedade civil ficam em desvantagem em relação àqueles e as diferenças de capacidade técnica também oferecem obstáculos à igualdade de participação nos processos deliberativos.

Nessa direção, Gonh (2004 p. 89) afirma que:

O agir político não é possível em condições de desigualdade de saberes, de submissão ou simples resistência ao discurso competente [...] Não é possível se ter igualdade quando os representantes do governo ou dos trabalhadores da área sabem tudo sobre o funcionamento da máquina pública e a legislação pertinente e os representantes dos usuários, além de não saberem, não dominarem os códigos, têm uma imensa dificuldade em ter acesso às informações [...] Informação, conhecimento e ação são condições para o exercício do poder.

Oliveira (2006) entende que o espaço dos conselhos é um espaço de aprendizagem cidadã e que a formação ou capacitação dos conselheiros não pode ser reduzida apenas a instrumentalizá-los, mas sim para que todos possam reciprocamente se transformar dialogicamente com o objetivo de melhorar e democratizar a saúde pública.

Correia (2003) destaca que a capacitação dos conselheiros é apenas uma contribuição para a efetivação do controle social, porque fortalecer a representatividade dos conselheiros envolve determinações que estão além do

espaço dos conselhos. Para isso, enfatiza essa autora, há a necessidade de fortalecer as entidades populares e sindicais com representações nos conselhos. Fortalecer o controle social na direção da defesa dos interesses da maioria da população está diretamente relacionado à força dessas organizações sociais para imporem suas demandas e daí a necessidade da capacitação se estender aos movimentos populares e sindicais representados no conselho.

A respeito dessa questão, Tatagiba (2002) observou que algumas ONGs têm se dedicado à capacitação de conselheiros populares e a perspectiva que adotam é de que não adianta qualificar o conselheiro individualmente, haja vista a enorme rotatividade destes. Conforme observa a autora, a qualificação se dirige às entidades e aos movimentos, na qual a capacitação combina conteúdos técnicos e políticos, com base na premissa de que o enfraquecimento da ação dos conselheiros não-governamentais não se restringe ao pouco domínio da técnica, mas também a uma dificuldade cultural de assumir uma postura de negociação com o Estado.

Conforme entende Matos (2007), o conhecimento teórico e político é um componente importante para a luta pela efetivação das políticas públicas, sendo que a democratização do conhecimento é uma estratégia para o controle social que significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas. Acerca desse processo, ele reconhece a importância do conhecimento técnico, mas não se pode desprezar o conhecimento da população e os mecanismos de alienação a que estão submetidos, questão essa que conforme ele pontua deve ser problematizada permanentemente.

O processo de ensino e aprendizado deve ser contínuo, entendido enquanto mútuo e troca de saberes diferenciados. É necessário articulá-lo numa perspectiva crítica que vincule as questões enfrentadas pela população no cotidiano com as questões mais amplas e conjunturais, tendo como pano de fundo a perspectiva de transformação da atual ordem societária (MATOS, 2007).

## **6 A PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA**

### **6.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TERRITÓRIO**

#### **6.1.1 O Município de Serra**

Criado em 1556 com a construção da Capela de Nossa Senhora da Conceição, o município de Serra passou por vários estágios e chegou à categoria de cidade em 1875, quando se deu a sua emancipação. O município está localizado na Região Metropolitana da Grande Vitória, distante 28Km de Vitória, a capital. Com área geográfica de 557 Km<sup>2</sup>, limita-se com os municípios de Fundão, Cariacica, Vitória e Santa Leopoldina.

Em 1960 moravam no município menos de 10.000 pessoas. A Serra é o segundo município do Espírito Santo em população. O censo do IBGE de 2000, contou 330.874 habitantes, o que representava 23,2% da população da Região Metropolitana da Grande Vitória e 10,7% da população do Estado. Em 2006, a população estimada para o município foi de 407.448 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2006). 99% da população residem no meio urbano e 1% na área rural do município.

Até os anos 60, período em que a economia capixaba era baseada no plantio do café, a economia do município era de base econômica rural, não sofreu grandes influências do desenvolvimento da Grande Vitória (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2003).

A partir de 1966, com a expansão industrial e a reorientação do sistema de exportação de minério de ferro e da Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) para a região norte de Vitória, e a construção do Porto de Tubarão, é que a Serra começou a receber investimentos significativos que propiciaram o desenvolvimento de seu pólo industrial, mas foi nos anos 80 após a implantação da Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST) que o município viu seu setor industrial consolidado. Assim a

Serra atual não decorre do seu passado agrícola e rural. Ao contrário, decorre do desenvolvimento da Metrópole, que ao se expandir no sentido norte, possibilitou a formação urbana e econômica que hoje caracteriza o município.

O crescimento econômico, urbano e, sobretudo, o populacional, trouxeram uma série de problemas sociais, pois esse desenvolvimento econômico não se fez acompanhar do desenvolvimento social, o que coloca uma grande parcela da população em situação de vulnerabilidade social, demandando maiores investimentos do poder público (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA).

Um dos problemas que atingem o município é a situação de violência, de negligência, de vulnerabilidade pessoal e social, fato gravíssimo que tem colocado a Serra na liderança de municípios no *ranking* das taxas de homicídios por 100 mil habitantes (CÂMARA MUNICIPAL DA SERRA, 2006). O enfrentamento desses problemas tem sido eixo de investimentos por parte do poder público governamental e não governamental, com a adoção de políticas sociais de atenção à criança e ao adolescente.

Com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) um indicador que é construído a partir de três variáveis: longevidade, educação e renda, a Serra entre 1970 e 2000, foi o município da Grande Vitória que apresentou a maior variação do IDH-M, passando de 0,390 para 0,761, no período (PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA).

### **6.1.2 Caracterização da rede pública municipal de saúde**

No conjunto de mudanças por que passou o Estado brasileiro, a Constituição de 1988 assinalou um importante marco institucional para a saúde: a definição das ações e serviços públicos de saúde constituindo um sistema único. Com a criação do SUS consubstanciado em três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, foi dado um passo significativo para mudar o modelo de atenção à saúde.

O SUS, embora susceptível a críticas, mesmo por causa da complexidade das questões a serem enfrentadas, é um sistema democrático e suprapartidário de redistribuição de poderes e de recursos; de redefinição do papel dos gestores nos diversos níveis de governo e de suas responsabilidades financeiras; e de reorganização institucional (YUNES, 1999).

No processo de implantação do SUS, para pôr em prática os seus princípios e diretrizes, o da descentralização/municipalização é o que tem ganhado maior ênfase, uma vez que tem alçado o município à condição de principal ator para a mudança na organização e funcionamento do sistema de saúde.

Por outro lado, Yunes (1999) observa que o processo de descentralização não garante, por si só, que todos os municípios realizem uma gestão eficaz. Cada município dispõe de uma infra-estrutura diversificada, nem todos reúnem as condições exigidas, possuem práticas diferenciadas de gerenciamento e até mesmo de aceitação dos valores que permeiam uma nova prática social. Assim a descentralização/municipalização da saúde pode ter um potencial significativo no sentido de que o município pode assumir e atuar em relação à União com maior agilidade para promover mudanças na área da saúde.

Serra, assim como os demais municípios brasileiros, encontra-se profundamente ligada ao contexto nacional, além de estar inserida na dinâmica metropolitana e regional também vivencia as transformações do Brasil e do mundo, enfrentando suas próprias contradições. Nesse processo, uma prioridade no âmbito da saúde foi a configuração de um novo modelo organizacional. Foi então que a partir de 1997, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou uma ampla discussão sobre seu modelo de atenção à saúde, em busca de alternativas para reordenação do sistema de atenção à saúde.

A Secretaria de Planejamento Estratégico, através da utilização do método Planejamento Estratégico Situacional, identificou juntamente com todas as outras secretarias municipais, os pontos comuns de seus problemas, cujo agravante era a grande extensão territorial do município, com concentração de serviços em

determinados pontos, dificultando o acesso dos cidadãos que utilizavam estes serviços (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA, 2002).

De posse desta análise situacional, a Secretaria Municipal de Saúde redesenhou a rede de atenção, mudou a configuração formal dos pontos de atenção, assimilando continuamente o processo de regionalização e hierarquização exigidas para reorganização do Sistema de Saúde.

O modelo de atenção regionalizado à saúde na Serra, busca integrar, nas sete regiões de saúde (Anexo B), unidades básicas, equipes de PSF, unidades regionais de saúde, centro de referência de especialidade, pronto atendimento, maternidade e hospital (Tabela1, Quadro 1).

Tabela 1 Número de leitos na rede de saúde de Serra

| 2006             |       |                  |                  |
|------------------|-------|------------------|------------------|
| Número de leitos | Total | UTI <sup>1</sup> | CTQ <sup>2</sup> |
| maternidade      | 17    | -                | -                |
| Hospitais*       | 533   | 115              | 11               |

Fonte: prefeitura municipal da Serra, 2006

\* Hospitais (Metropolitano, Vitória Apart Hospital, Dório Silva)

(1) Unidade de Tratamento Intensivo

(2) Centro de Tratamento de Queimados

Quadro 1 Equipamentos municipais de saúde – 2007

| QUANTIDADE | EQUIPAMENTOS   |
|------------|--|
| 32         | Unidades Básicas de Saúde                            |
| 15         | Unidades de Saúde da família                         |
| 31         | Equipes de Programas de Saúde da Família             |
| 06         | Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| 06         | Unidades Regionais de Saúde                          |
| 01         | Centro de Referência Ambulatorial                    |
| 02         | Pronto Atendimento Municipal Adulto                  |
| 01         | Pronto Atendimento municipal Infantil                |
| 01         | Pronto Atendimento Odontológico                      |
| 01         | Maternidade Municipal                                |
| 01         | Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS      |
| 01         | Centro de Controle de Zoonozes                       |
| 01         | Centro de Atenção Psicossocial CAPS - AD             |
| 01         | Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - transtorno   |
| 01         | Centro de Especialidades Odontológicas - CEO         |

Fonte: PMS/SESA,2007.

### **6.1.3 A participação da comunidade no município de Serra**

Como vimos anteriormente, na década de 80 o município de Serra passou por uma transformação social, crescimento urbano e populacional desordenados, tendo em vista os projetos industrializantes que trouxeram muitas empresas para a região.

A ocupação desordenada, a precária infra-estrutura de serviços básicos, a violação de direitos trabalhistas e todo o contexto sócio-político e econômico do município provocaram discussões nas comunidades e nos conselhos de pastoral da paróquia de Serra. As comunidades eclesiais de base (CEBs) eram o espaço onde se discutiam os problemas sociais e a violação dos direitos trabalhistas que naquele momento repercutiam na sociedade serrana (NEVES, 2006)

De acordo com o Centro de Defesa dos Direitos Humanos<sup>12</sup> de Serra (CDDH), no contexto de violação de direitos fundamentais, os integrantes das CEBs e dos movimentos de trabalhadores formaram uma comissão de direitos humanos na Serra em 1984. E em 1987 se tornou CDDH como organização da sociedade civil para lutar pela garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos serranos.

Por sua atuação destacada no município, o CDDH tem sido articulador de outros movimentos populares, de cooperativas de economia solidária e sindicatos. Juntamente com a emergência do CDDH, nesse cenário, surge a Federação de Associação de Moradores da Serra (FAMS) criada em março de 1982, no intuito de congrega e organizar as entidades de bairro através de uma organização federativa que tinha como objeto a conscientização política dos moradores em torno dos direitos sociais, participar nas discussões e proposições em torno das melhorias das condições de vida no município (CARLOS, 2007).

Vale destacar que em Serra, desde o período militar, o movimento social já se fazia presente pela necessidade de se organizarem por objetivos comuns e ações voltadas às garantias dos direitos de cidadania. No entanto aqui abordamos o CDDH e a FAMS pela suas atuações no cenário municipal.

---

<sup>12</sup> Entrevista a mim concedida por Gilmar Ferreira de Oliveira, atual coordenador do CDDH/ Serra, no dia 13 de maio de 2008.

A FAMS possui 125 entidades de bairro filiadas. As associações de moradores constituem a base orgânica da FAMS. Em Serra, tanto a Federação das Associações de Moradores como as associações de moradores desempenham papel central na organização e mobilização da sociedade civil. As atividades desenvolvidas pela Federação compreendem a participação nos conselhos municipais, atuação nas discussões acerca do meio ambiente, educação, saúde e segurança pública. Participam na elaboração e execução do Orçamento Participativo, que se iniciou com a instalação da Assembléia Municipal do Orçamento (AMO), em meados de 1997, porém sua criação se deu com a Lei nº 1788/94 de iniciativa popular quando começaram as primeiras tentativas de reorientar as relações entre Estado e sociedade civil com vistas a estabelecer uma gestão compartilhada (CARLOS, 2007; PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, 2007).

## 6.2 A PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO

### 6.2.1 O conselho municipal de saúde de Serra

O Conselho Municipal de Saúde da Serra foi criado pela Lei Municipal nº 1504/91 de 18 de junho de 1991 e decreto 2171/91. Sua instalação oficial aconteceu no dia 1º de outubro de 1991. A organização do Conselho deu-se com a aprovação do seu primeiro regimento que entrou em vigor a partir de 12 de dezembro de 1991. Já no momento de sua primeira reunião, conforme comprovam arquivos consultados, o Executivo local lembrava aos presentes que o CMSS era o primeiro a se implantar no Estado (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA, 1991).

A primeira gestão do Conselho durou de 01 de outubro de 1991 a 14 de janeiro de 1994. Nesse período, conforme consta em ata, as reuniões de caráter formal sofrem interrupção a partir de 17 de novembro de 1992 e só voltam a se realizarem formalmente no dia 18 de agosto de 1993. A partir de então, seu funcionamento tem sido regularmente mantido, estando atualmente (2008) na sua sétima gestão. Sua composição inicial incluía oito componentes, sendo quatro dos órgãos envolvidos com a saúde de forma paritária: um representante do executivo, um representante

do legislativo, um do prestador de serviço e quatro dos usuários. Atualmente ele é constituído por 12 membros titulares e 12 suplentes, distribuídos da seguinte forma: 6 representantes do segmento dos usuários, 02 representantes do segmento de trabalhadores da saúde, 02 representantes dos prestadores de serviço e 2 representantes do governo. O CMSS realiza uma reunião ordinária mensal. Essas reuniões ocorrem no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e são abertas à comunidade.

A gestão do conselho é de dois anos e a presidência, conforme regimento interno é exercido pelo secretário municipal de saúde. A lei que reorganiza o CMSS, em tramitação na Câmara, dentre outros pontos, confirma o secretário de saúde como presidente nato do conselho, não obstante orientação da Resolução 333/2003 recomendar que a presidência do conselho deva ser eleita entre os membros do conselho, em reunião plenária.

Em 2004 foram criados os conselhos locais<sup>13</sup> nas unidades de saúde por meio da Portaria Municipal de nº 009 de 28 de janeiro de 2004. Conforme a legislação, os conselhos locais devem obedecer à paridade com representação de 50% de usuários do SUS, sendo os demais conselheiros representantes de servidores e o coordenador da unidade de saúde como membro nato. Em todo o município há 35 conselhos gestores implantados, mas nem todos estão em pleno funcionamento, pois não se reúnem regularmente.

### **6.2.2 Composição social dos conselheiros**

Discorreremos a seguir sobre a caracterização dos conselheiros, representantes do segmento dos usuários, visto que um dos objetivos da pesquisa foi conhecer quem são estes atores que atuam nessa arena pública. A partir do entendimento que o conselho é um espaço onde são perpassados interesses diversos e mesmo contraditórios e, reconhecida a assimetria entre os seus membros, torna-se relevante conhecer o espaço social e o espaço político ocupado por esses sujeitos.

---

<sup>13</sup> No município de Serra, os conselhos locais nas UBS são chamados de comissões locais de saúde. Justificou-se esse nome para não gerar confusão com as competências do CMSS.

Dentre os seis conselheiros entrevistados, representantes do segmento dos usuários, apenas um é do sexo feminino. Quanto à idade constata-se que são pessoas que estão na faixa etária que compreende 40 a 66 anos de idade. As informações relativas ao grau de escolaridade revelam que os conselheiros têm ensino médio completo (4 conselheiros), superior completo (1 conselheiro) e superior incompleto (1 conselheiro). Em relação à situação ocupacional, dois conselheiros estão inseridos no mercado de trabalho formal. Os outros estão aposentados.

Essa caracterização confirma outros estudos, os quais apontam que a composição social dos representantes dos usuários denota um grupo diferenciado na comunidade a que pertencem. Em nossa opinião, sem querer confirmar os pressupostos das abordagens elitistas, para quem os representantes escolhidos são os mais “preparados”, consideramos, entretanto, que a representação no CMSS ainda é limitada aos segmentos sociais com maior escolaridade e capacidade de organização. A participação de segmentos populares nos conselhos ainda é frágil, conforme apontam os autores para os quais a ausência dos excluídos faz com que os mesmos sejam substituídos por setores da classe média e porta-vozes daqueles segmentos, comprometendo a representatividade nos conselhos (GERSCHMAN, 2004b).

Os dados apontam para uma vinculação formal dos conselheiros usuários com associações de moradores, instituição religiosa e associação empresarial. As informações obtidas parecem indicar que são associações com capacidade de organização e presença na cena pública. Os representantes das organizações comunitárias consideram-se líderes comunitários, são presidentes de associações de moradores, ou ainda tem a pretensão de sê-lo. É importante ressaltar que a vinculação a associações tem um caráter obrigatório, na medida em que a sua indicação decorre dessa vinculação.

Dentre os entrevistados, há um conselheiro do segmento dos usuários, que possui vínculo com uma associação de empresários. Consideramos isso um viés na “representação” dos usuários. Para nós parece evidente que os conselhos, na forma de gestão colegiada, foram concebidos para que os diversos segmentos fossem

representados de forma a se oportunizar mudanças na relação Estado-sociedade civil. A Resolução 333/2003 não é clara quanto às organizações que podem representar usuários. Assim desde que obedecida à paridade, se entende que qualquer organização pode ocupar assento de usuário. Assim concordamos com Carvalho (2007) ao explicar que quem tem assento próprio não pode ocupar o assento comum de usuário que é a condição comum de todos nós. Esta situação quebra com a paridade, condição essencial na Lei 8142/90.

Esse aspecto captado permite perceber a complexidade das questões imbricadas na relação sociedade civil e Estado, decorrentes da construção histórica que tradicionalmente marcou a nossa história, como corporativismo, clientelismo, privatização e que ainda estão presentes nessa relação. No entanto, para entendermos a complexidade que envolve essa relação, faz-se necessária uma análise do nexo existente entre contexto político e cultural no município de Serra, a fim de identificar o caráter dessa relação. Mas isto foge ao escopo deste estudo.

Além da identificação dos vínculos entre os conselheiros e as instituições representadas, os conselheiros entrevistados (em sua maioria) declararam ter vínculo ou ter participado em mais de uma organização, tais como: conselhos, ONG, sindicatos e partidos políticos. Em relação à filiação partidária apenas um conselheiro expressou não ser filiado a um partido político. Entre os declarantes de filiação partidária, um se declarou ser candidato a vereador do município nas eleições de 2008, e outro afirmou já ter sido candidato.

É oportuno ressaltar que as características assinaladas parecem indicar que os conselheiros têm uma participação ativa. Caberia aqui uma análise mais atenta sobre os sentidos e os significados da participação nessas instâncias para desvendar os condicionantes sociopolíticos e culturais dos processos participativos existentes no interior da sociedade civil local. Essa análise escapa aos nossos objetivos.

O dado referente ao tempo que os conselheiros integram o CMSS indica que dois conselheiros estão no segundo mandato. Lembramos que um mandato corresponde a dois anos e que pela Resolução nº. 333/2003 os conselheiros podem ser

reconduzidos, a critério das respectivas representações (BRASIL, 2003). Não há na legislação nenhuma restrição para sucessivas reeleições dos conselheiros. Isso pode significar um obstáculo à participação de outras entidades, ou até mesmo de outras pessoas. Por outro lado, também pode garantir a continuidade dos trabalhos devido a uma rotatividade menor dos conselheiros.

Cumprido ressaltar que, embora se apresente como salutar a recondução de conselheiros para a continuidade das ações do conselho, alguns autores, como Misoczky (2003), entendem que a participação não pode restringir-se ao espaço dos conselhos.

Os entrevistados declararam ter participado de alguma atividade de capacitação. As atividades de capacitação mais citadas foram as conferências, os seminários e os fóruns. Embora consideremos que a participação nessas atividades sejam importantes para os conselheiros se tornarem aptos a discutir políticas públicas em outros espaços, entendemos que para uma participação mais protagônica desses sujeitos, a educação permanente é fundamental.

Dois dos conselheiros entrevistados declararam freqüentar a assistência do sistema público de saúde esporadicamente. Os outros quatro conselheiros declararam serem usuários “total” do SUS, mas informaram que quase nunca precisam do SUS por não ficarem doentes.

## 6.3 PRÁTICA SOCIAL E REPRESENTATIVIDADE DOS CONSELHEIROS USUÁRIOS

### 6.3.1 Representação e escolha dos conselheiros usuários

Na discussão sobre os conselhos de saúde se entende que estes são frutos dos movimentos organizados da sociedade civil e se tornaram parte integrante do arcabouço jurídico-institucional da saúde, em todas as esferas e níveis de governo. Eles estão legalmente constituídos e implantados em quase todos os municípios.

Mesmo assumindo que, na maioria dos municípios, a implantação dos conselhos foi induzida pela legislação e condicionada aos repasses de recursos federais, resultando em conselhos cartoriais com dinâmicas de funcionamento que expressam particularidades locais, a importância dos conselhos é estratégica para entendermos a relação que os diversos sujeitos travam entre si e com o Estado e também para percebermos os movimentos da sociedade reproduzindo-se no espaço micro dos conselhos.

Não pretendemos aqui valorar a representação dos segmentos dos usuários, pois seria desconsiderar a complexidade intrínseca dos processos participativos. Para nós interessa verificar alguns aspectos envolvidos nessa representação. A prática da representação é consequência da maneira como esta participação é regulada pela legislação de criação dos conselhos. Esta sinaliza alguns elementos importantes para verificarmos a representação deste segmento, pois fixam regras definindo quem pode participar.

A Resolução nº 333/2003 (BRASIL, 2006) define quais entidades podem participar dos conselhos, desde que obedecida à paridade. Ou seja, não é a população ou os indivíduos que são chamados a participar. A legitimidade da representação depende do interesse das instituições de se candidatarem a um assento no conselho, como observa a Resolução nº. 333/2003: “a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do conselho de saúde” (BRASIL, 2003, p. 5).

Essa normatividade coloca outras dimensões para a questão da representatividade porque algumas instituições têm um tipo de representação que não possui como essência a representação de um segmento social. Algumas dessas entidades têm por natureza institucional objetivos diversificados (SANTOS, 2004).

Por sua vez, Lüchmann (2007) chama a isto de representação presuntiva, ancorada na idéia de que a sociedade civil representa genuinamente interesses sociais. Para essa autora é uma idéia de representatividade que alimenta certa confusão no entendimento dos critérios de legitimidade. Estes ora recorrem para a representação

de pessoas ou setores com uma história nas lutas pela cidadania; ora relaciona legitimidade pelo tipo de trabalho desenvolvido e pela contribuição na discussão política; ora o critério de legitimidade está fundado na capacidade dos representantes em “expressar os interesses do respectivo segmento”.

A representação nos conselhos intermediada pelas organizações da sociedade civil traz algumas ambigüidades no que se refere às promessas da democracia participativa e deliberativa como afirma a autora acima, porque acaba por restringir a representação às entidades com maior organização e presença na cena pública, o que pode filtrar as demandas dos usuários.

Neste sentido, nossa pesquisa revela que a Federação de Associação de Moradores de Serra (FAMS) é representativa enquanto interlocutora legítima por sua atuação junto aos movimentos populares e por ter garantida na legislação sua participação em conselhos. Por sua vez, o acesso ao CMSS é seletivo, pois, a FAMS detém quatro dos seis assentos dos usuários no conselho. Nossos dados apontam a existência de dois conselheiros usuários “autorizados” por suas entidades, não integrantes do movimento de moradores, que se submeteram à eleição organizada pela FAMS. Esta tem sido a prática de escolha dos usuários para o CMSS porque a Lei municipal N°. 2560/2002 de criação do CMSS determina que todos os conselheiros usuários devam se submeter a este processo de escolha na Federação. Verificamos aqui, conforme nos mostra o discurso abaixo, uma nítida crítica à super-representação da FAMS no processo de escolha do segmento dos usuários.

*Eu entrei para o conselho de saúde da Serra como todos os outros entram. Através da eleição feita pela Federação de Associação de Moradores que é a FAMS. Ela representa no caso, o movimento popular. A parte do usuário é a FAMS que organiza. Assim, as indicações para representantes de usuários são feitas pelas associações de moradores e algumas outras entidades que tem uma representatividade grande não é? Aí a FAMS acolhe os nomes que chegar lá e coloca numa chapa. Quando a FAMS vai para votação, são os delegado dos bairro que escolhe. A eleição não é uma coisa assim muito disputada, dependendo do interesse de cada um existe uma disputa de chapa. Por uma questão democrática não pode ser só a FAMS está indicando os usuários. É uma coisa que a gente está até agora na reformulação da lei mudando para ter outras entidades e para que não dependa desse processo da FAMS. O processo de escolha hoje é quase que exclusivo da FAMS.*

De outra parte, há indícios de que os mecanismos utilizados para a escolha dos conselheiros representantes das associações de moradores não é feito por eleição em assembléia dos membros da associação. A indicação política aparece como uma via para ter assento no conselho.

*Eu cheguei ao conselho através do movimento popular, porque a parte do usuário são tudo eleito pelo movimento. É através desse caminho que a gente pode chegar a algum conselho, como presidente de associação, como integrante ou delegado. Não que eu quisesse, foi por indicação. Eu não tinha nenhum interesse, eu não entendia nada da área de saúde, ou de outras áreas. Hoje, o movimento popular e a Federação têm influência política e os partidos cada um indica seu candidato você entendeu? Então hoje tudo é política. Nós não conseguimos trabalhar sem a política estar envolvida no meio. (CM6)*

Esses aspectos podem induzir a pensar sobre o grau de autonomia dos conselheiros e a representatividade destes na luta pelos interesses coletivos. De acordo com Gohn (2004) a questão chave para entender o processo participativo está na interação entre os representantes da população e os poderes constituídos.

Os partidos políticos são instâncias tradicionalmente privilegiadas de representação e aglutinação de interesses. Conseguem manter esse privilégio ao colocar também sob seu controle a representação da sociedade civil em alguns conselhos, que conforme observa Dagnino (2002a,b) é um fenômeno não isolado no Brasil e na América Latina.

Tatagiba & Teixeira (2006), ao comentar sobre a autonomia dos movimentos sociais, observam que não há, em princípio, nenhum problema dos movimentos sociais se aliarem aos governos, partidos ou vereadores para encaminhar suas lutas e demandas. Para as autoras, autonomia não significa ausência de relação, como costuma ser entendido, mas informa sobre a qualidade dessa relação, a forma como os atores se colocam nela. Significa perguntar até que ponto, os movimentos sociais são capazes, nessa relação, de escolher os seus interlocutores em função das suas agendas, de definir os objetivos da interação, até que ponto eles pautam ou são pautados. O problema está na sensação de que essas relações servem muito mais aos partidos, ao governo do que aos próprios movimentos sociais.

### **6.3.2 Atuação e relação dos conselheiros com suas entidades**

Lüchmann (2007) ao analisar as experiências de representação no interior das práticas de participação observa que estas trazem à tona especificidades que desafiam o referencial analítico disponível acerca da representação política. Isto se deve ao fato de a dimensão participativa estar ancorada na participação e representação de organizações da sociedade civil.

Neste sentido, trazendo as contribuições de Young (2006) para quem em vez de entender a representação política como ato de “pôr-se” pelos eleitores, a autora analisa a questão da representação focando no caráter do relacionamento entre o representante e os eleitores, que de alguma forma os primeiros devem estar conectados aos eleitores, assim como estes devem estar conectados entre si.

Para a autora, uma representação legítima requer uma participação ativa por parte dos indivíduos, grupos e organizações sociais. O exercício da representação deve resgatar mecanismos de autorização e de prestação de contas que são elementos centrais na idéia de representação.

Numa combinação desejável entre participação e representação, os representantes devem ouvir os representados, as discussões públicas e as diversas demandas, permanecer conectados com os eleitores e expor as razões de suas ações e avaliações em termos que retomem aquelas discussões. A qualidade e a legitimidade da participação e da representação vão depender do grau de articulação e organização da sociedade civil, ou seja da participação.

Quando indagados sobre o modo como as necessidades dos usuários chegam ao conhecimento do conselho e como as discussões e decisões tomadas nas reuniões do conselho são levadas ao conhecimento das entidades que representam, emerge no discurso referência apenas às visitas que fazem às Unidades de Saúde para identificar as prioridades. As decisões e discussões das ações do conselho têm uma divulgação precária e informal :

*Nós como conselheiros temos a obrigação de estar visitando as unidades para levantar alguns problemas e conhecer como está o usuário. Ir quase todo dia em todas as unidades de saúde, a gente não tem perna para isso. Temos um calendário, que é muito difícil da gente conseguir atender. Outra maneira da gente conhecer os problemas é o livro de reclamação. A gente chega num posto de saúde e pede o livro e dá uma olhada. Assim a gente está a par e leva para as reuniões do conselho. Nós também criamos as comissões locais de saúde para estar interagindo com o conselho. Assim facilitou muito o nosso trabalho. Então, quando existe problema dentro das unidades, a gente vai até elas para saber o que está acontecendo, como a gente pode estar ajudando e resolvendo aquelas questões. E todas as coisas que a gente discute no conselho ou tem um encaminhamento prático que se transforma numa ação ou, no mínimo, fica registrado e assim é tomado algumas atitudes. Nessa estrutura nossa a gente faz o possível.*

Fica evidenciado nos discursos a seguir o caráter de informalidade destas práticas, o que parece depender mais da boa vontade de o conselheiro prestar conta de sua atuação. Como os discursos sugerem, há certa fragilidade do vínculo entre conselheiro e entidades. Há pouco respaldo e acompanhamento das ações por parte destas.

*Na minha ação não é? Nós temos outros trabalhos que não seja só ser conselheiro. Nós temos os movimento de [...]quando a gente tem oportunidade de estar convivendo com a comunidade. Por eu representar uma instituição, eu tenho quase uma obrigação de dá satisfação do que está acontecendo. Então nas reuniões [da entidade] a gente comenta, quando nós temos momentos de participar com mais pessoas. Nos momentos de reflexão, de partilha de um todo é que a gente leva as decisões do conselho, as vitórias do conselho (CM3).*

*Eu sempre peguei todo o material que recebo de prestação de contas, e levo isso aí e deixo na portaria lá na [Associação]. Tem uma pasta onde fica o material disponível para quem tiver interesse e pesquisar. Nas reuniões, quando tem os assuntos em pauta ou quando eu coloco alguma coisa específica da área de saúde aí você fala. Só que essas oportunidades geralmente é com tempo curto porque você tem mil outros assuntos para conversar (CM4).*

Essa ausência de acompanhamento da atuação dos conselheiros por parte das entidades e de não definição de posições a serem encaminhadas ao conselho, não proporciona subsídios para uma intervenção mais protagônica dos conselheiros representantes do segmento dos usuários.

De acordo com os autores que tratam do tema, o que deve orientar a ação dos segmentos é a interlocução com a base social para formular uma agenda política de intervenção nos espaços do conselho. A questão da representação não é um problema apenas de cada segmento representado, mas das entidades também, de forma a que se permita aos conselheiros estabelecer uma agenda de trabalho propositiva, não subordinada apenas aos problemas relacionados ao mau funcionamento das Unidades de Saúde, ou partir da reação a demandas pontuais e emergenciais da secretaria de saúde. O discurso abaixo mostra a ausência da comunidade na agenda dos trabalhos do conselho, visto que este não consegue ordenar propostas de pauta e, dessa forma, fixa-se no atendimento àquilo que é imediato e direcionado pelo órgão gestor.

*A gente não tem uma reunião para fazer a pauta. Não é o conselho que faz. É organizada pela secretária executiva do conselho. Mas qualquer conselheiro, ou mesmo quem não é do conselho, como um usuário ou cidadão qualquer, pode chegar lá e solicitar um ponto de pauta. A gente tem essa liberdade. Então, é feita dessa maneira, tem os assuntos da secretaria, os assuntos do conselho e dos conselheiros. Quando você reclama, ou detecta alguma coisa errada na Unidade [de Saúde], então você coloca na pauta e é discutido na reunião. A pauta existe exatamente para que você coloque no dia-a-dia os problemas que o conselho pode estar votando, olhando e orientando não é? Mas eu acho que seria obrigação do conselho construir uma agenda de trabalho. Mas até hoje isso ainda não funcionou.*

### **6.3.3 A influência do segmento dos usuários no processo decisório no conselho**

Um processo decisório supõe correlação de forças numa dada arena. De um lado o órgão gestor, condutor da política de saúde, com seus saberes e competência técnica, buscando implementar seus projetos. Do outro lado, os demais atores, não menos interessados e também com seus projetos, reúnem saberes diversos, discursos e práticas militantes, corporativas, ingênuas, maniqueístas, porém nunca enviesadas (ACIOLE, 2007).

Para fazer frente a essas características, a arena representada pelos conselhos possui natureza paritária e de caráter deliberativo que têm força legal para influir no

processo de produção de políticas públicas, redefinindo prioridades a serem atendidas, acenando para uma partilha efetiva do poder.

Muitas vezes a questão da paridade tem ficado reduzida à dimensão numérica. A busca pelo equilíbrio nas decisões não se esgota nas garantias de paridade numérica, que não tem sido suficiente para garantir o equilíbrio decisório no interior dos conselhos. Na dinâmica dos conselhos tem sido muito difícil reverter a centralidade e o protagonismo do Estado no processo de produção de políticas públicas (TATAGIBA & TEIXEIRA, 2002). Quando indagados sobre o poder de influência dos representantes dos usuários no processo decisório, emerge no discurso dos entrevistados a insuficiência da paridade e a relação assimétrica entre conselheiros e o poder executivo:

*Eu acho que o usuário tem um poder de quantidade. É maioria. Ele tem 50% garantido para poder nas deliberações do conselho estar emitindo sua opinião. Os outros 50% é dividido no servidor, no prestador, no poder público, essa coisa toda. Mas a gente sabe que um conselho tendo como presidente o próprio secretário fica tudo mais difícil. Principalmente para o segmento do usuário porque a gente sabe que a bagagem do secretário é muito boa. Ela é muito produtiva para o executivo. Mas é notável que o usuário com seus 50% tem sua força dentro do conselho. Só que para isso acontecer com firmeza tinha que ter um envolvimento maior dos usuários. E eu acho que não tem coesão. Não tem a participação devida. E os outros segmentos não são muito diferentes. Todos os três segmentos têm suas deficiências.*

Como observa Dagnino (2002a,b) há muitos mecanismos que bloqueiam uma partilha efetiva de poder nesses espaços, dificultando a democratização das decisões. Lembramos que à falta de qualificação técnica e política da representação da sociedade civil se juntam outros fatores, que têm origem nas concepções políticas resistentes à democratização no processo de tomada de decisão e os traços constitutivos da cultura política local que podem dificultar uma participação mais igualitária nos espaços públicos.

Por outro lado, Oliveira (2006) chama a atenção para a influência da comunicação na efetividade da participação dos segmentos nos conselhos. As assimetrias sociais e simbólicas da sociedade têm forte impacto nos processos comunicacionais tendo em vista a origem social dos conselheiros, os diferentes interesses e a maneira

como cada um entende as questões de saúde. Para o autor, a prática social dos conselheiros pressupõe uma igualdade mínima em termos cognitivos e simbólicos entre os atores sociais.

Em relação à participação e representatividade dos conselheiros usuários, o autor observa que ela ocorre de maneira diferenciada dos outros segmentos e algumas vezes sujeitas a variáveis que nem sempre facilitam a sua participação. As barreiras simbólicas e a hierarquia social que separa um segmento do outro se revelam no comportamento, na maneira de falar e articular os conceitos e idéias que nem sempre coincidem com o discurso burocrático ou técnico.

Se a comunicação é impossibilitada em função das assimetrias, predomina na arena dos conselhos uma situação de permanente não comunicação, o que pode fazer com que a reciprocidade de atos e palavras tenha pouca consistência no processo de produção de políticas de saúde, prevalecendo verticalmente algumas vezes como instância de poder em detrimento de outras.

Neste sentido, concordamos com Oliveira (2006) quando nos diz que estamos diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer, saber dizer e do poder fazer determinando a práxis discursiva na arena dos conselhos de saúde. Ou seja, assim como na ágora<sup>14</sup>, nos conselhos os mais preparados discursivamente dominam o ambiente para defender os seus pontos de vista. Na opinião de um conselheiro, os segmentos dos usuários têm influência no conselho, mas revela a importância de articular bem as palavras, do discurso e de se fazer compreendido para defender os seus pontos de vista.

*Eu acho que tem sim. Porque depende das palavra colocada. Depende muito das palavra colocada. Tem muito, muito. A palavra colocada que eu falo é falar bonito. Discursar bonito. Isso influi muito numa pessoa não é? Às vezes você fala gaguejando, a pessoa nem te dá atenção, mas se você falar umas palavra bonita, umas palavra colocada, bem discursada a pessoa capta e te dá uma razão muito grande. Eu acho que dá mais crédito para a gente, que*

---

<sup>14</sup> A ágora era a praça principal da pólis, cidade grega da antiguidade clássica onde se debatiam os problemas de interesse comum. É nesse espaço público que o cidadão grego convive com o outro, onde ocorriam as discussões políticas e as tribunas populares. A de Atenas é a mais conhecida de todas as ágoras na pólis da antiguidade clássica (ARANHA & MARTINS, 1993).

*eu senti já isso no usuário. Ela dá mais valor na gente. Escuta mais a gente. Ouve mais a gente (CM1).*

A efetividade da participação presume interações mais simétricas entre os segmentos, ou seja, não pode dispensar a palavra e o diálogo para construir e interferir no espaço público com vistas à defesa dos interesses coletivos. A “palavra bem discursada” é um recurso de poder. Numa relação de disputa de projetos e de conflitos, torna-se evidente que alguns têm mais recursos que outros para alterar substancialmente determinadas situações.

#### 6.4 IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO NO CMSS

Dentre os sentidos e a importância de participar do CMSS, identificamos aspectos que dizem respeito à possibilidade de que, através da participação nesse colegiado, se possa discutir os serviços de saúde, em busca de soluções. O tema saúde permite discutir os direitos sociais, fortalecer a democracia e ajudar a melhorar a situação do atendimento. Apresentamos a seguir alguns discursos que expressam os aspectos apontados acima.

*Bom, o objetivo nosso é participar do conselho. E como nós somos fiscalizadores, é esse o nosso papel. Estar ali fiscalizando o executivo. O executivo realiza as suas ações, mas ele tem que passar pelo conselho de saúde. Nós os conselheiros, que defendemos os usuário, temos que fiscalizar para que a sociedade venha receber na contrapartida um bom serviço. E realmente cobrar não é? Por exemplo, se [a US] está com problema de médico, aí chama o conselho que decide com a comissão local, o que a gente pode fazer para melhorar a saúde da comunidade. É demanda que a gente aprova. Isso é o que eu acho importante. Como a gente pode botar um médico na unidade, a gente pode tirar também. Nós temos autonomia.*

Verificamos aqui a relevância que os sujeitos conferem às ações fiscalizatórias. Percebemos que na concepção dos conselheiros, embora não verbalizada por todos, a idéia de controle social está associada fortemente com a fiscalização. Durante o tempo de convivência com os conselheiros e mesmo nas conversas

informais, percebemos a exacerbação desse papel vigilante dos conselheiros usuários.

Streck & Adams (2006) esclarecem que é inadequado equiparar controle social com fiscalização. O papel de vigilante é parte do controle social, mas não o esgota. O controle social encerra também uma visão prospectiva, de formulação conjunta de metas e objetivos. O controle social, como palavra-gêmea de participação, remete ao todo, ao funcionamento do sistema. É uma tarefa que pressupõe trabalho conjunto e que se distancia, portanto de um caráter denunciante.

Vemos que os discursos abaixo sinalizam ainda que participar do conselho é mais que um direito, é uma obrigação, uma questão de cidadania. Embora entremeados de caráter assistencialista, os discursos revelam a importância da participação consciente, com vistas ao fortalecimento da democracia, para assim conseguir efetivar concretamente o direito à saúde.

*Primeiro, é a questão de cidadania. Dar um pouquinho da contribuição da gente, para poder trabalhar e ajudar o coletivo, para ajudar como? Estar colaborando mais um pouco com o usuário que tem menos conhecimento dos direitos. Então, eu acho mesmo que é para dar um empurrãozinho nos direitos que a gente tem, que às vezes não acontece. Porque o conselheiro tem essa capacidade. Aí a minha importância maior é essa, ter alguém para falar, para lutar. Porque eu acho que isso é uma democracia. Parece que a saúde pública veio só para pobre. E não é. Eu queria que as pessoas tomassem essa consciência de que é um direito público, para todo mundo. E à medida que eu estou no conselho, eu tenho mais abertura para falar sobre a saúde pública, entendeu? A minha visão é essa, dar um pouco da minha experiência, de doação do meu tempo, contribuindo para fazer as coisas funcionarem melhor e sempre estar ajudando aquelas pessoas que precisam dos nossos serviços, a população carente dentro do movimento social. Então um grande objetivo é estar contribuindo realmente com o usuário não é?*

Ao mesmo tempo nos mostra que a participação organizada dos usuários pode interferir na redefinição das prioridades. Isso é expresso na necessidade de que o segmento representado esteja mais presente, na necessidade de usar o seu espaço efetivamente para obter melhorias concretas.

*Eu acho que é primordial porque quem precisa do sistema de saúde é o usuário, que abrange a maior parte da população. Porque a classe média não*

*precisa, tem plano de saúde, tem por onde correr, e aqueles mais carente é que realmente necessita. Então nós precisamos dar uma melhor estrutura dentro dessa área. Porque o poder público está fazendo do jeito dele, usando a política dele, às vezes certa, às vezes errada não é? Os prestadores de serviço estão ali, sempre atento a seus direitos e exigindo, buscando recurso. E o usuário também tem que estar atento aos seus direitos e estar sempre exigindo. Porque o maior interessado é o usuário. É ele que utiliza o serviço. Se esse serviço é de melhor ou pior qualidade, é ele que está sofrendo, sentindo esse impacto. Então, deveria ter uma maior participação dos usuários porque ele é o maior interessado nisso aí.*

A preocupação com a participação organizada do segmento dos usuários sinaliza para nós uma perspectiva positiva quanto ao futuro desse espaço, o que denota a potencialidade do conselho na construção de uma atenção à saúde mais democrática. No entanto, não podemos esquecer que herdamos do nosso passado autoritário a pouca tradição de participar das decisões públicas. Para nós, a participação pode ser um meio para fortalecer a democracia representativa, mas não é, todavia, remédio para todos os males.

## 6.5 DIFICULDADES PARA A PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO NO CMSS

É sempre importante lembrar que a Constituição de 1988 ratificou a participação popular como um meio legal e legítimo de envolvimento dos cidadãos na gestão pública, no entanto, muitos obstáculos são encontrados para efetivar a participação nos conselhos. Essas dificuldades centram-se na perspectiva que destacam os problemas relacionados à falta de organização e mobilização da sociedade civil, à falta de representatividade, à falta de capacitação, mas estas explicações tornam-se limitadas quando prevalece uma cultura avessa à participação cidadã.

Há muita resistência ainda por parte dos administradores eleitos que negligenciam a participação cidadã. Entendemos que quando há abertura para a participação, ela descentraliza e distribui poderes, o que pode gerar conflitos em nossa sociedade hierárquica que nem sempre aceita debate com “inferiores”. Pode-se perceber no

discurso abaixo a presença da verticalidade do poder que pode comprometer a autonomia dos conselheiros:

*Nós temos algumas dificuldades com o executivo que costuma impor as suas condições e em relação ao conselho a própria estrutura do poder público dificulta às vezes alguns recursos que o conselho precisa<sup>15</sup>.*

Entendemos que é indiscutível a necessidade de qualificar os conselheiros para ter um conhecimento dos detalhes da máquina pública, dos procedimentos legais e das questões orçamentárias para uma participação efetiva, não menos verdadeira é a necessidade de qualificação dos gestores públicos para aceitarem essa participação, de forma que possa tornar viável o controle social. A orientação político-ideológica do Executivo local é uma das condições mais influentes sobre o processo participatório (CORTES, 1998).

Os conselhos de saúde têm-se tornado com frequência alvos de disputas político-partidárias entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público da saúde (TATAGIBA, 2002). Entre os conselheiros é possível verificar que há entre eles quem veja nessa questão uma dificuldade e um desestímulo à participação:

*Eu tive dificuldade de nos debates, de um comprometimento maior dos conselheiros para discutir e levar as questões do conselho adiante com um pouco mais de força. Com mais vontade. Porque muitos assuntos poderiam ter avançado muito mais. E eu vejo que as pessoas não querem se comprometer com coisas polêmicas. Não se engajam nas coisas mais gerais. O que acontece muito são brigas envolvendo política de poder de influência em seus respectivos bairros. E isso às vezes frustra um pouco porque algumas coisas caem no esquecimento e a gente quer ver o negócio funcionando. Então quando você não vê o grupo conjunto fazendo isso com responsabilidade e comprometimento, é muito difícil. Não é fácil (CM4).*

---

<sup>15</sup> Os entrevistados referem-se aqui ao veto que sofreram quando da ida para a Plenária Nacional, em Brasília/2006. A despeito de dotação orçamentária própria, não foi possível a participação de todos naquela Plenária, conforme desejo do conselho. Permitiu-se a ida de apenas um conselheiro. Contra o que chamam de “imposições do executivo”, os conselheiros entendem que a eleição para presidente do conselho deve ser de acordo com Resolução nº. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Para isso a minuta de lei que reorganiza o CMSS, enviada para a Câmara, propôs o atendimento a essa Resolução. No entanto, o artigo trata disto, teria sido vetado na Câmara. E a lei aprovada definiu que o Secretário Municipal de Saúde continuará sendo presidente nato do CMSS e criou um elemento novo, o Vice-presidente. Este será eleito dentre os demais conselheiros.

Sabemos que a prática participativa nos conselhos de saúde consiste num processo de interação entre distintos sujeitos portadores de interesses diversos que nem sempre são convergentes. Mas até que ponto os conselhos têm funcionado como instrumentos de interesse público? Os autores têm observado que o que se percebe muitas vezes, na prática, são manifestações de interesse individual deste ou daquele grupo mais restrito que os sujeitos representam no conselho.

A falta de tempo para dedicar-se ao conselho é outra limitação colocada pelos conselheiros, como pode ser evidenciada no discurso seguinte:

*Eu vejo que a maioria das pessoas quando vai para uma eleição de conselho, todo mundo quer ser conselheiro, mas enfrentar as dificuldades, isso que é difícil. Porque para ser conselheiro de saúde você tem que ter tempo integral para estar se dedicando a função. Senão você não consegue dá conta das demandas que aparecem. E com essa questão de voluntariado e estar envolvido em alguma coisa no bairro, porque geralmente as pessoas engançadas no movimento popular, é engançado num monte de troço também. Porque eu mexo com sindicato, com partido político, com associação de moradores entendeu? Eu mexo com igreja. E acontece da gente não ter tempo. Porque uns tem os seus afazeres. A gente trabalha. E tem a sua vida que você tem que tocar. Então eu digo que essa é uma das dificuldades.*

Esse aspecto demonstra que os conselheiros fazem parte de um grupo de incluídos que, potencialmente, seriam os melhores preparados para assumir outros espaços representativos. Daí que muitas vezes são sempre os mesmos a ocuparem esses espaços. Com efeito, Santos Júnior et al. (2004), de acordo com os dados do IBGE, comentam que os percentuais de participação associativa da população brasileira são muito baixos. Apenas 27% das pessoas com mais de 18 anos estão associadas a organizações representativas da sociedade nas metrópoles brasileiras.

## 6.6 VANTAGENS DA PARTICIPAÇÃO DO CONSELHEIRO USUÁRIO NO CMSS

No que diz respeito às vantagens da participação no CMSS, a maioria dos conselheiros usuários a indicam como uma experiência positiva porque se ganha aprendizado, oportunidade de ajudar, elevação do status e prestígio. Essa

participação estimula a buscar maior conhecimento dos direitos, lutar pela melhoria dos serviços e interesse pelo funcionamento da gestão pública na saúde. Nos discursos abaixo observamos três grandes percepções acerca da atuação dos conselheiros: aprendizagem, contribuição e elevação do status e prestígio.

Aprendizagem:

*A vantagem que eu acho de estar participando é ter mais conhecimento de cidadania, de direito, você tem outras chances de estar conhecendo novos caminhos, novos horizontes. A gente aprende muito, a entender como é que funciona o sistema de saúde e isso é uma coisa importante, porque eu como cidadão, estando dentro ou não do conselho de saúde, tenho condições de me reportar a qualquer instância do sistema de saúde e cobrar, exigir, criticar e também informar com consciência cidadã. E esse conhecimento que eu adquiri é uma coisa que ninguém vai tirar de mim.*

Não podemos deixar de perceber os ganhos pedagógicos obtidos. É assim que em nossa opinião devemos avaliar os resultados dessas experiências participativas. São estes aspectos que têm potencial de produzir mudanças nas formas de atuar dos conselheiros. Neste sentido, concordamos com Carvalho (1995) ao observar que, mesmo em situação de criação burocrática dos conselhos por exigência legal, é possível que a participação nestes espaços facilite a emergência e a ação de segmentos interessados na transformação democrática do sistema de saúde.

De contribuição:

*Vantagem? Eu não vejo a participação do conselho como vantagem, porque nós trabalhamos voluntariamente. Eu acho que a vantagem que tem é que a gente está dando a contribuição para o usuário, para aquelas pessoas carentes que necessita um pouco de você, por ter um pouco mais de conhecimento.*

O que dá a tônica à participação dos representantes populares nos conselhos é o caráter de voluntariado. Por isso é consenso entre os autores que os conselhos devem ser preservados como espaço de trabalho voluntário. Como vimos em Boaventura Sousa Santos (2007a,c), para a sociedade ser democrática é preciso promover as condições de participação. Sem as condições de sobrevivência garantidas, não há participação democrática dos cidadãos.

De elevação do status e prestígio:

*Eu acho muita vantagem, mesmo não ganhando nada te abre as portas todinha. Você conhece várias pessoas importante. Qualquer secretaria você pode entrar, eles sabe que eu sou conselheiro. Eu vejo que abre muitas portas para quem é do conselho (CM1).*

Embora esta opinião do conselheiro aponte que “não se ganha nada” como conselheiro, referência aqui à remuneração, Lüchmann (2006) pontua que os conselheiros recebem o que chama de benefícios indiretos, tais como: reconhecimento e prestígio na comunidade, acesso especial a pessoas influentes.

## 6.7 CONTRIBUIÇÃO DO CONSELHO PARA AS AÇÕES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SERRA

Na visão dos informantes, o conselho contribui para a melhoria das ações em saúde apesar de assinalarem alguns impasses no nível de atuação. A comunicação entre o CMSS e a comunidade foi apontada como um importante aspecto a ser aprimorado, quando se afirma ser necessário continuar com as visitas às Unidades de Saúde. Os conselheiros salientam ainda que as comissões locais nas Unidades de Saúde são uma contribuição do CMSS para apoiá-los no trabalho de fiscalização local. Outra contribuição do conselho citada é a conquista da obrigatoriedade de capacitação que está previsto no projeto de lei municipal que reorganiza o conselho. Os sujeitos atribuem à participação débil dos conselheiros um impedimento para uma contribuição mais efetiva do conselho:

*Eu acho que o conselho da Serra é bastante atuante. Mesmo com todas as deficiências, ele tem sido importante para o bom andamento da saúde da Serra. Eu acho que o mais importante, é esse trabalho que nós já fizemos algumas vezes de visitar as unidades, então o conselho está mais próximo [da comunidade]. E agora, tendo as comissões locais em todos os bairros [US], hoje tem uma fiscalização local. O Conselho talvez não seja tão atuante como foi em algum mandato no passado, porque eu acho que falta mais envolvimento dos conselheiros, mais comprometimento e conhecimento do real papel do conselheiro. Mas eu acho que para ter uma melhoria concreta mesmo, que ainda é tímida, o conselho tinha que continuar com a rotina de os conselheiros está visitando as unidades.*

Considerando a ausência de uma atuação mais propositiva não é estranho que os conselheiros apontem preocupações com a fiscalização local nas unidades de saúde. Contudo, como mencionado anteriormente, um conselho forte e propositivo depende da representatividade, da qualificação dos representantes, da importância que o governo local confere à participação, da postura do gestor.

A literatura pertinente aponta, nos espaços do conselho, uma dificuldade de se reconhecer a legitimidade do conflito e da troca de idéia como procedimento para se tomar decisões. Há muitos elementos que inibem a fala e que por isso é motivo de exclusão de certos assuntos. Muitas vezes os conselheiros querem discutir no conselho assuntos que afetam a sua vida cotidiana e há uma disputa em torno de assuntos considerados pertinentes. A condição para influenciar os resultados dessa disputa não é igual para todos.

Assim é que quando há obstáculos a uma participação mais efetiva ou quando não se atribui importância aos conselhos, eles se tornam pouco eficazes, sem poder real, o que pode levar ao descrédito. Quando eles não obtêm os resultados esperados ou não vêem reconhecidas as suas ações, pode-se gerar desmotivação e afastamento como demonstra o discurso de um dos conselheiros:

*O conselho ainda está muito a desejar. Eu posso dizer até decepção mesmo. Minha resposta é essa. Não fez diferença. Inclusive eu não estou nem com a idéia de continuar no conselho porque não foi o que eu esperava. Que eu esperava assim que a gente tivesse atendimento mesmo de fazer acontecer para o usuário. Porque o que nós precisamos é isso. É fazer acontecer para o usuário. O conselho precisava lutar mais, tomar nova postura para gente ter resultado satisfatório. A maior parte do conselho entra para fazer caminho político. A única coisa que nós conseguimos foi a formação para o conselho que isso agora virou lei. Todo conselho [de saúde da Serra] vai ter que ter curso de capacitação. Está nesse projeto que está lá na câmara para ser votado. Todo conselho que entrar tem que ser capacitado. Se ele não se capacitar, ele não sabe o que veio fazer (CM3).*

O discurso do entrevistado acima aborda um tema que tem sido objeto de discussão que é a qualificação dos conselheiros para exercerem suas funções. Tatagiba (2002), na análise de alguns estudos, tem observado que o tema da qualificação tem sido apontado como principal obstáculo a uma atuação mais efetiva dos

conselheiros não governamentais, incluídos aí principalmente os representantes dos usuários.

Retomando a análise que fizemos a respeito dessa questão, entendemos que não adianta qualificar o conselheiro individualmente, até porque, como enfatiza Dagnino (2002a, b), a ausência de qualificação é relativa se comparada aos outros segmentos com maior interlocução com o executivo. Uma participação pouco efetiva não se restringe apenas ao pouco domínio da técnica. A formação deve ser dirigida às entidades e aos movimentos, qualificando-os com conteúdos técnicos e políticos para assumirem uma postura de negociação com o Estado.

Os conselhos carregam muitas ambigüidades e desafios. As condições para a participação não estão dadas. Somos um país extremamente desigual. O processo de democratização não é linear, é desigual no seu ritmo, com alguns avanços e retrocessos. Se não se entendem alguns aspectos históricos do nosso passado autoritário e a ligação entre esses elementos, corre-se o risco de nutrir-se ressentimento contra esses e outros espaços democráticos de participação pelo qual tanto a sociedade brasileira lutou.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira proporcionou a criação na legislação de princípios democráticos para a participação da comunidade no que diz respeito à atenção à saúde, possibilitando tomar parte das decisões que lhes afetem. Legalmente, conquistamos o direito de participar, no entanto, se pode também dizer que não foram proporcionadas as condições de igualdade para a participação, uma vez que a definição formal não cria a igualdade real.

A legislação que rege os conselhos é guiada por princípios democráticos, mas a participação nos conselhos é condicionada por fatores que vão além do formal e do legal. A lei dá conta de procedimentos formais da democracia, mas lhe escapam fatores e injunções políticas que condicionam sobremaneira a participação dos cidadãos.

Vimos que a criação do SUS e o princípio da participação se deram na contramão de uma conjuntura desfavorável à participação dos cidadãos. E, nas arenas de disputa, conspiram hoje contra essas experiências participativas as ideologias do neoliberalismo, que limitam o potencial democratizante dos conselhos, além de nossa trajetória histórica excludente das práticas participativas.

Em nosso estudo, percebemos recorrente no CMSS, a presença de pessoas pertencentes a um grupo diferenciado na sua comunidade. Esses sujeitos se apresentam com escolaridade média, com condições básicas satisfeitas possibilitando a participação e com inserção em outros espaços sócio-comunitários, além do conselho de saúde.

Como vimos, a representação é muito tênue. Primeiro porque não há no processo de escolha um mecanismo formal de delegação onde grupos de usuários elejam seus representantes conforme proposto pelas correntes teóricas que tratam da representação. Segundo, pelo fato de a legislação normativizar quais organizações podem participar. Essa perspectiva da representação de interesses é bastante polêmica porque exclui os indivíduos. Somente aqueles que estão organizados

podem participar. Chama-nos a atenção o fato de a FAMS ter a maioria de representantes no segmento usuários no conselho. Pode supor-se que as outras entidades não foram convidadas ou por que não estão devidamente organizadas? Seria esta situação a ensejar o domínio da FAMS neste cenário? Diante desse quadro, o conselho é pouco representativo por parte dos usuários porque não contempla a diversidade das instituições. Mas, em linhas gerais, a composição do CMSS obedece às determinações legais no que toca a proporção de usuários, o que favorece numericamente a representatividade do segmento no conselho.

Essa super-representação da FAMS na escolha e indicação dos conselheiros usuários decorre do que está estabelecido na Lei Municipal 2560/2002, mas será redefinida pelo projeto de lei que tramita na Câmara de Vereadores, abrindo espaço para representação de outras entidades, inclusive com modificação no número de conselheiros, passando dos atuais doze para dezesseis conselheiros.

Outra leitura possível sobre a representação é a situação de indicação política para representação de usuários no quadro do CMSS. Não temos uma opinião conclusiva a esse respeito. No momento formulamos o seguinte questionamento: a arena do CMSS é representação de interesses da sociedade civil, aí incluída a representação dos usuários, ou está permitindo a representação de interesses de grupos políticos dominantes?

Essa condição alerta para uma relação de cumplicidade que, em alguns momentos, atende aos interesses imediatos dos conselheiros e dos representantes do governo, pelo fato de que, em determinadas situações, haver uma ausência de postura mais incisiva do conselheiro-usuário contra a (im)posição do executivo local. Esses mecanismos parecem contribuir para a inibição dos conselheiros frente à possibilidade de os representantes não governamentais terem maior controle no conselho. A resistência do governo local à eleição do presidente do conselho entre os conselheiros, como recomenda a resolução do Ministério da Saúde nº. 333/2003, colabora para cristalizar uma dinâmica de funcionamento de não partilha efetiva do poder.

A nós parece que a estratégia de confronto dos conselheiros não-governamentais com os representantes do executivo se enfraquece, primeiro, por um interesse político definido, qual seja, a candidatura do conselheiro na eleição municipal que se avizinha. Isto gera entendimentos políticos que lhe viabilizam a elegibilidade. Em segundo lugar, tão logo se evidencia confronto entre conselheiro governamental e não governamental, este é chamado para entendimentos, em espaço extra conselho. Essa participação passiva não é pactuada por todos os conselheiros. No entanto, quando a relação não se efetiva como o que se denomina de parceria, o conselheiro resistente é tido como um “inimigo”.

É com base na constatação dessas práticas que se pode afirmar que a representatividade e a autonomia dos conselheiros usuários estão comprometidas. Mesmo que tenham poder para pautar a agenda do conselho, por falta de uma atuação propositiva, os conselheiros não interferem nas questões mais estruturais. É uma participação muito reativa. Por causa da racionalidade administrativa do órgão gestor e a necessidade de cumprir prazos, o conselho é acionado para homologar decisões na urgência de aprovação de contas e outros projetos.

Frente a esses elementos que conspiram contra uma atuação propositiva, ou até mesmo contra uma fiscalização mais rigorosa, vista como estorvo para o andamento dos processos, necessário se faz que os conselheiros se conscientizem de que todas estas práticas podem restringir a participação, além de cristalizar práticas institucionais autoritárias que precisam ser superadas.

Para mudar essa dinâmica e garantir uma atuação no sentido de gerar uma contribuição efetiva, os conselheiros usuários têm que acumular poderes. Referimo-nos aqui tanto do poder técnico, no sentido de acessar a informação e valer-se do poder por ela gerado, quanto do político, ao garantir o debate no interior do conselho, mobilizando outras organizações e articulando-se com outros conselhos. Dar transparência às resoluções geradas através de comunicativos, boletins e outros, ou seja, valer-se das ferramentas de trabalho cotidianos para divulgar o conselho, trabalhando para dar legitimidade à suas ações.

Outra consideração fundamental a respeito do acúmulo de poder técnico, é que o conselho poderia lançar mão de comissões de trabalho para dar operacionalidade aos trabalhos, fazer parcerias com Universidades e instituições de ensino para buscar outras formas de conhecimento e assim tornar possível o diálogo entre o conhecimento científico e o saber gerado na prática conselheira. A capacitação, que os instrumentaliza, por si só não é suficiente para qualificar os conselheiros em busca de uma atuação mais efetiva.

À medida que os conselheiros acumulam informação e saber técnico, terão condições de estabelecer uma interlocução com o gestor, de fundamentar questionamentos pertinentes sem serem considerados oponentes, e, assim, não caírem no denunciamento infundado que imobiliza a execução da gestão na saúde.

Para que o CMSS se efetive como espaço autônomo e democrático, apesar da origem institucional, é necessário que os conselheiros identifiquem o contexto e a constituição desse processo, examinem as relações sociedade civil e Estado e a história de participação nos destinos da sociedade. Para contribuir com a democratização desse espaço, é urgente chamar outras organizações da sociedade civil, dando espaço para pessoas diferentes participarem.

Neste particular, contribui para a efetividade do CMSS, uma mudança institucional por parte do órgão gestor para ensejar a participação num processo de abertura fundado no diálogo, para que se produzam relações mais democráticas e menos verticalizadas. Não há como viabilizar esse espaço como lugar de práticas efetivas de participação se não houver democratização dos processos, porque esta é condição de realização daquelas.

Todavia, é forçoso reconhecer que os espaços de democracia participativa, como o são os conselhos, ainda são muito jovens. Um longo caminho há que se percorrer para se consolidar essas experiências participativas como nova forma de fazer política. A análise da participação nos conselhos permite compreender o movimento da sociedade e do Estado, o processo de construção de cidadania e assim entender o nível de aprofundamento do processo de democratização da sociedade brasileira.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni, G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 63, v. 27, p.63-73, jan/abr, 2003.

\_\_\_\_\_. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface-comunicação, saúde, educação**, São Carlos, v. 11, n. 23, p. 409-426, set/dez, 2007.

ALMEIDA, Eurivaldo S. de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia F.; ALMEIDA, Eurivaldo S. (Orgs). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001.

ARANHA, Maria L. de A.; MARTINS, Maria H. P. **Filosofando**: introdução à filosofia. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1993.

ASSIS, Marluce M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65 p. 324-335, set./dez. 2003.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2002.

BRASIL. 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2007.

BRASIL. Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/8142281290.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2007.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resultado do cadastro nacional de conselhos de saúde. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_cadastro/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_cadastro/index.html)>. Acesso em 30 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.** Brasília, 15 a 19 de dez. 2000.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde: Saúde: municipalização é o caminho.** Brasília: 1992. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. **Roteiro para o debate e apresentação de propostas para a 13ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em 15 jun. 2007.

BRASIL. Resolução n. 333, 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 nov. 2003, p. 57.

BRAVO, Maria I. Souza. **Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos.** In: BRAVO, Maria I.; PEREIRA, Potyara A. (Orgs). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CABRAL NETO, Antônio. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Estudos de psicologia**, Natal, v.2, n.2, p.287-312, 1997.

CÂMARA MUNICIPAL DA SERRA. **A percepção social da violência na Serra: proposição de políticas públicas para conter a violência no município.** Serra: maio 2006.

CARLOS, Euzinéia. **Controle social e política redistributiva no orçamento participativo.** Vitória: EDUFES, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, Brígida G.; PETRIS, Airton J.; TURINI, Bárbara. Controle social em saúde. In: ANDRADE, Selma et al. (Orgs). **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina: UEL, 2001.

CARVALHO, Gilson de C. M. de. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

CARVALHO, Maria do C. A. **Participação social no Brasil hoje.** Disponível em:<[http://www.polis.org.br/obras/arquivo\\_169.pdf](http://www.polis.org.br/obras/arquivo_169.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2007.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA. **Ata da primeira reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 1º out. 1991.** Serra/ES, 1991.

CORTES, Soraya M. V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.5-17, 1998.

\_\_\_\_\_. As origens da idéia de participação na área de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37 jun. 1996.

\_\_\_\_\_. 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 jan/jun. 2002.

CORREIA, Maria V. C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORREIA, Maria V. C. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27 n. 64 p. 38-147, maio/ago 2003.

COSTA, Ana M.; NORONHA, José C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, set/dez. 2003.

DANIEL, Celso. **O papel dos conselhos de políticas públicas.** Entrevistadores: Ana Cláudia C. Teixeira, Maria do Carmo A.A. Carvalho e Natalina Ribeiro. Santo André, 2001. Disponível em:<[http://www.polis.org.br /obras/arquivo\\_169.pdf](http://www.polis.org.br/obras/arquivo_169.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2007.

DALLARI, Sueli G. Balanço da saúde no Brasil: SUS, participação social, formação sanitária e agências reguladoras. **Constituição & Democracia: direito e saúde.** Brasília, maio, 2007, p. 12-13

DAGNINO, Evelina. Cultura, cidadania e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, Sonia; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo (orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras.** Editora UFMG. Belo Horizonte. 2000.

\_\_\_\_\_. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In:PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mário (orgs). **Democracia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002a.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** Disponível em: <[http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ ar/ libros/ venezuela/ faces/ mato/ Dagnino.pdf](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/venezuela/faces/mato/Dagnino.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2007.

DAL POZ, Mario R.; PINHEIRO, Roseni. A participação dos usuários nos conselhos municipais de saúde e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3 n. 1 p.28-30, 1998.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. Pobreza política, direitos humanos e educação. In: SOUSA Jr., José G. (org). **Educando para direitos humanos**: pautas pedagógicas para a cidadania na universidade. Porto Alegre: Síntese, 2004.

DOIMO, Ana M. **A vez e voz popular**: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ANPOCS, 1995.

DORNELLES, Soraia; LOCKS, Maria T. Controle social: de quem? Para o quê? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65 p. 348-357, set/dez. 2003.

ELIAS, Paulo E. **Estado e Saúde**: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva, 18(3); 41-46, 2004.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

GAZETA, Alexandre P. **Democracia e participação social**: a experiência dos conselhos municipais de saúde no interior de São Paulo. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2005.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a.

\_\_\_\_\_. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20 v. 6, p. 1670-1681, nov./dez., 2004b.

GIACOMINI, Carlos H. A sociedade civil e a garantia do processo de reforma sanitária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.33 p. 64-68, 1991.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org). **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GONÇALVES, Maria de L. **Participação social no Sistema Único de Saúde**: a experiência do conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto – SP. 1999. 252 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

GOHN, Maria da G. **História dos movimentos e lutas sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola., 2003a.

\_\_\_\_\_. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003b.

\_\_\_\_\_. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando A. dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz C. de Q. (Orgs). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

KRÜGER, Tânia R. O desconhecimento da reforma Sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)**, Brasília, n. 22, p.119-144, dez. 2000.

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

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2.ed. Caxias do Sul: Educs, 2005 a.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana M. C. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro, 2005b.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde (PP&G) e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília, 2003.

LÜCHMANN, Lígia H. H. Participação, oportunidades e interesses. In: MIGLIEVICH, Adélia; ZORZAL e SILVA, Marta (orgs). Cidadania, regulação e participação. **Civitas: Revista de Ciências sociais**, Porto Alegre, v.6, n. 1 jan/jun, 2006.

\_\_\_\_\_. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, São Paulo, n.70, p. 139-170, 2007.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MATOS, Maurílio C. de. **Capacitação de conselheiros: possibilidade de fortalecimento das políticas públicas**. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/congrent/Direitos / Direitos 16.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria C. de S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

NEVES, Edimar das. **As comunidades eclesiais de base e o centro de defesa dos direitos humanos da Serra: um encontro de fé e vida na década de 1980.** 61f. Monografia (Graduação em História). Centro de Ensino Superior Anísio Teixeira, Serra, 2006.

NOGUEIRA, Marco A. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática.** São Paulo: Cortez, 2004.

NORONHA, José C. de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo e TAVARES, Ricardo A. W. (Orgs.) **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1985.

OMS. **Conferência de Alma-Ata.** Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2007.

OLIVEIRA, Valdir de C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social.** Brasília, DF, 2006.

PAIM, Jairnilson S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Z.; FILHO, Naomar de A. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática.** Rio de Janeiro: Paz e terra, 1992.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA: Lei municipal n.º 2560, de 18 de novembro de 2002. Reorganiza o conselho municipal de saúde de Serra e dá outras providências. In: **Diário Oficial do ES**, 18 nov. 2002.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 1504, de 18 de junho de 1991. In: **Diário Oficial do ES**, 18 jun. 1991.

\_\_\_\_\_. **Serra: perfil sócio-econômico.** Serra, 2007.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Boaventura de S.; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura (org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa.** 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

\_\_\_\_\_. **Globalización y democracia.** Disponível em: </www.ces.uc.pt/bss>. Acesso em: 20 dez. 2007a.

\_\_\_\_\_. **Entrevista al sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos.** Entrevista concedida a Deny Extremera. Disponível em: </www.ces.uc.pt/bss>. Acesso em: 20 dez. 2007b.

\_\_\_\_\_. **La democracia em América Latina y el futuro de la utopia**,. Entrevista concedida a Alexis Pinilla Díaz. Medellín. Disponível em: </www.ces.uc.pt/bss>. Acesso em: 20 dez. 2007c.

\_\_\_\_\_. **Poderá o direito ser emancipatório?** Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007d.

\_\_\_\_\_. Poderá o direito ser emancipatório? In: **Seminário Poderá o direito ser emancipatório?** 2007, Vitória. Faculdade de Direito de Vitória: 2007e, 2 DVD.

SANTOS JÚNIOR, Orlando A. dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz C. de Q. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando A. dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz C. de Q. (Orgs). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, Lenir dos; CARVALHO, Guido I. de. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 34, p.60-66, mar.1992.

SANTOS, Mauro R. Monteiro. A representação social no contexto da participação institucionalizada. O caso dos conselhos municipais do Rio de Janeiro. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando A. dos; AZEVEDO, Sérgio de; RIBEIRO, Luiz C. de Q.(Orgs). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DA SERRA (SESA). **Relatório de gestão municipal : 2000/2001/2002**.

\_\_\_\_\_. **Projeto de implantação do núcleo de prevenção da violência e promoção da saúde no município da Serra-ES**. Serra: 2004.

SERRA. Portaria n.º 009 de 28 de janeiro de 2004. Cria as comissões locais de saúde. Serra, 28 jan. 2004.

SILVA, Janaina L. P. da; OLIVEIRA, Mariana S. C. Quem deve executar políticas públicas de saúde? **Constituição & Democracia: direito e saúde**. Brasília, maio, 2007 p. 10-11.

SILVA, Ilse G. Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Revista de Políticas Públicas**, São Luis/MA, v. 8, n. 2, p. 75-92, 2004.

SPOSATI, Aldaíza & LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 8 v. 4 p. 366-378, out./dez, 1992.

STRECK, Danilo R.; ADAMS, Telmo. Lugares da participação e formação da cidadania. In: MIGLIEVICH, Adelia; ZORZAL E SILVA, Marta (orgs). Cidadania, regulação e participação. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v 6, n. 1, p. 95-117, jan/jun., 2006.

TATAGIBA, Luciana. **O novo estatuto da participação no contexto do Estado pós-ajuste**. XXIX Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - ANPOCS. Caxambu, out. 1995.

\_\_\_\_\_. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TATAGIBA, Luciana; TEIXEIRA, Ana C. C. Participação e democracia: velhos e novos desafios. In: MIGLIEVICH, Adélia; ZORZAL e SILVA, Marta (orgs). Cidadania, regulação e participação. **Civitas: Revista de Ciências sociais**, Porto Alegre, v.6 n. 1 jan/jun, 2006.

TEIXEIRA, Elenaldo C. As dimensões da participação cidadã. **Caderno CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 179-209, jan/dez. 1997.

\_\_\_\_\_. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. 3 ed., São Paulo: Cortez, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, Ana L. A. Desenho, modo de operação e representação de interesses – do sistema municipal de saúde – e os conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3 n. 1, 1998.

VALLA, Victor V. Comentários a “conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3 n. 1, 1998.

YOUNG, Íris M. Representação política, identidade e minorias. **Lua Nova**, São Paulo, n. 67 p. 139-190, 2006.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**, São Paulo, n. 13, v. 35, jan/abr.1999.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Autorizo a utilização das informações fornecidas por mim, para a realização da pesquisa “UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA”, que tem por objetivo analisar a participação dos conselheiros usuários no Conselho Municipal de Saúde de Serra. Autorizo ainda, a utilização das informações para publicações futuras.

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo proposto, que é requisito para obtenção do grau de Mestre, da mestranda Luciana Marciana Vilela Mugarábi, do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação do Professor Doutor Aduino Emmerich e que não haverá identificação pessoal, que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante pesquisa

CI: \_\_\_\_\_ Tel. Contato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luciana M. Vilela Mugarábi

Telefones: 9271-8743/3345-2298

## APÊNDICE II

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Vitória, 19 de novembro de 2007.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Serra

Visando a realização da pesquisa “UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA”, tem como objetivo analisar a participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde e estamos solicitando autorização para realizar coleta de dados que será feita por meio de análise documental, observação participante nas reuniões do conselho e entrevistas individuais com os representantes dos usuários, para os quais serão oportunamente contactados pessoalmente.

Este estudo fará parte da dissertação de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo sob a orientação do Profº. Dr. Adauto Emmerich.

Ressaltamos que os dados serão tratados em caráter científico, sendo resguardado o sigilo das informações e que os resultados da pesquisa serão repassados a esta instituição, após a sua aprovação e conclusão.

Atenciosamente,

Luciana M. Vilela Mugarábi  
Mestranda

Dr. Adauto Emmerich  
Profº. Orientador

## APÊNDICE III

**ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS USUÁRIOS DO CMSS, SEGUNDO  
METODOLOGIA DE LEFEVRE & LEFEVRE: DISCURSO DO SUJEITO  
COLETIVO.**

**IAD 1 (Instrumento de Análise do Discurso)**

**Análise da questão 05- No Conselho tem vários segmentos. Você acha que o segmento dos usuários tem o mesmo poder de influenciar o conselho como os outros segmentos?**

| SUJEITOS | EXPRESSÕES-CHAVE  | IDÉIAS CENTRAIS   | ANCORAGEM |
|----------|---|---|-----------|
| S1       | <p><i>Olha, primeiro a gente sabe que um conselho tendo como presidente do conselho, o próprio secretário é... Fica difícil um conselho ser um conselho sem nenhuma dificuldade de atuar em relação ao executivo. Então quando o conselho deixa o secretário ser o presidente fica tudo mais difícil. Principalmente para o segmento do usuário. Porque a gente sabe que a bagagem do secretário ela é muito boa. Ela é muito produtiva para o executivo.</i></p> <p><i>[...]Lógico que o executivo tem alguns instrumentos e usa em alguns momentos para tomar algumas decisões, mas é notável que o usuário com seus 50%, ele também tem e muito influência dentro do conselho. Então o conselho tem e sabe das suas influencias e sabe do seu poder, só que não depende exclusivamente do usuário.</i></p> <p><i>[...] Mas o conselho através dos usuários que é 50% ele tem sua força sim. Volto a dizer, os usuários tem uma força dentro do conselho.</i></p> | <p>O segmento do usuário influencia, mas é difícil quando o secretário é o presidente. (A)</p> <p>Os usuários têm sua força porque é maioria, mas tem dificuldade com o executivo. (A)</p> <p>Os usuários têm sua força porque é maioria. (A)</p> |           |
| S2       | <p><i>Tem... Tem sim. Porque depende das palavra colocada. Eu to aprendendo</i></p>   | <p>Tem influência, mas depende das palavras colocadas. (C)</p>  |           |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
|    | <p>agora... <i>Depende muito das palavra colocada... Tem muito, muito... A palavra colocada que eu falo é... falar bunito. Discursar bunito. Isso influi muito numa pessoa ne?. As vezes você fala gaguejando a pessoa nem te dá atenção, mas se você fala umas palavra bunita, umas palavra colocada, bem discursada ne? A pessoa capita e te dá uma razão muito grande. Eu acho que a secretária dá mais crédito pra gente eu acho... Que eu senti já isso no usuário. Ela dá mais valor na gente... Eu acho... Escuta mais a gente. Ouve mais a gente.</i></p>  |   |  |
| S3 | <p><i>Eu acho que a representação do usuário às vezes não surte o efeito que a gente acha que poderia fazer.</i></p> <p><i>[...] A gente podia até fazer isso, mas nós num temos essa habilidade. Num parte pra esse lado, nem de influenciar uma votação, nem de ... eu acho que ta assim ainda muito acomodado de que chegou a gente concorda com tudo. Eu acho que no caso da gestão, é... Não!... A gente num parte pra uma influência, é quase que é só uma concordância.</i></p> <p><i>[...] Eu gostaria muito de influenciar. Influenciar numa discussão dessa ne? A gente num tem essa garra não. Eu não sei se é timidez, ou se é falta de conhecimento ou comodismo também, a gente não chegou a influenciar. [...]</i> ou qualquer coisa que for lá pra mim também ta bom. Eu acho que é. Acontece muito. Inclusive eu não to nem com a idéia de continuar no conselho porque não foi o que eu esperava. Que eu esperava assim que a gente tivesse atendimento mesmo de fazer acontecer pro usuário. Porque o que nós precisamos é isso. É fazer acontecer pro usuário.</p> | <p>A representação do usuário não surte efeito. (B)</p> <p>O usuário não tem influência. (B)</p> <p>O usuário não tem influência. (B)</p> |  |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
|    | <i>[...]Então que influência que nós temos? Nada. Não temos isso ainda.</i>  | O usuário não tem influência. (B)         |  |
| S4 | <i>O usuário ele tem assim... Um poder... Um poder de quantidade. Pela Lei, tem que ter a paridade. Então o usuário é 50%. Os outros 50% é dividido no servidor, no prestador, poder público, essa coisa toda. Então, o usuário ele já tem 50% ne? Garantido pra poder nas deliberações do conselho ele ta emitindo sua opinião, só que pra isso acontecer com firmeza tinha que ter um envolvimento maior dos usuários. Que os outros segmentos não são muito diferentes não ta? Só que tem, acho que um grau de conhecimento do processo todo, um pouco maior, mais também não tem coesão, não tem a participação devida, não tem nada disso. Todos os três segmentos têm aí as suas deficiências.</i> | O usuário tem um poder de quantidade. (A) |  |
| S5 | <i>Ele tem um poder maior. Tem um poder maior, tanto que ele é um número maior. Ele é maioria. Ele é maioria entendeu? Então... É... Vamos dizer assim, se ele tem um maior número de votos e as coisas ta acontecendo mal, o que que se pode dizer o seguinte: o usuário não ta participando e ta deixando os outros decidir pra ele.</i>   | Tem poder porque é maioria. (A)           |  |
| S6 | <i>[...] Realmente ele influencia bastante. Primeiro por ser a maioria ne?</i>   | Tem poder porque é maioria. (A)           |  |

## APÊNDICE IV

### INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 2 - IAD 2

**Análise da questão 05- No Conselho tem vários segmentos. Você acha que o segmento dos usuários tem o mesmo poder de influenciar o conselho como os outros segmentos?**

A- Os usuários têm influência porque constitui maioria no Conselho de Saúde

| EXPRESSÕES-CHAVE   | DSC  |
|--|--|
| <p>S1- Olha, primeiro a gente sabe que um conselho tendo como presidente o próprio secretário fica tudo mais difícil. Principalmente para o segmento do usuário. Porque a gente sabe que a bagagem do secretário ela é muito boa. Ela é muito produtiva para o executivo.</p> <p>O executivo tem alguns instrumentos e usa em alguns momentos para tomar algumas decisões, mas é notável que o usuário com seus 50%, ele também tem e muito influência dentro do conselho.</p> <p>O conselho através dos usuários que é 50% ele tem sua força sim. Os usuários tem uma força dentro do conselho.</p> <p>S4- O usuário ele tem assim... um poder... um poder de quantidade. Então o usuário é 50%. Os outros 50% é dividido no servidor, no prestador, poder público, essa coisa toda. Então, o usuário ele já tem 50% ne? Garantido pra poder nas deliberações do conselho ele ta emitindo sua opinião, só que pra isso acontecer com firmeza tinha que ter um envolvimento maior dos usuários. Que os outros segmentos não são muito diferentes não ta? Só que tem, acho que um grau de conhecimento do processo todo um pouco maior, mais também não tem coesão. Não tem a participação devida, não tem nada disso. Todos os três segmentos tem aí as suas deficiências.</p> <p>S5- Ele tem um poder maior. Tem um poder maior, tanto que ele é um número maior. Ele é maioria. Ele é maioria entendeu?</p> <p>S6- Realmente ele influencia bastante. Primeiro por ser a maioria ne?</p> | <p><i>Eu acho que o usuário tem um poder de quantidade. É maioria. Ele tem 50% garantido para poder nas deliberações do conselho estar emitindo sua opinião. Os outros 50% é dividido no servidor, no prestador, no poder público, essa coisa toda. Mas a gente sabe que um conselho tendo como presidente o próprio secretário fica tudo mais difícil. Principalmente para o segmento do usuário porque a gente sabe que a bagagem do secretário é muito boa. Ela é muito produtiva para o executivo. Mas é notável que o usuário com seus 50% tem sua força dentro do conselho. Só que para isso acontecer com firmeza tinha que ter um envolvimento maior dos usuários .E eu acho que não tem coesão. Não tem a participação devida. Os outros segmentos não são muito diferentes. Todos os três segmentos têm suas deficiências.</i></p> |

## IAD 2

## B - O segmento dos usuários não tem influência no CMSS

| EXPRESSÕES-CHAVE   | DSC   |
|--|---|
| <p>S3 - Eu acho que a representação do usuário às vezes não surte o efeito que a gente acha que poderia fazer.</p> <p>[...] A gente podia até fazer isso, mas nós num temos essa habilidade. Num parte pra esse lado, nem de influenciar uma votação, nem de ... eu acho que ta assim ainda muito acomodado de que chegou a gente concorda com tudo. Eu acho que no caso da gestão, é... não!... a gente num parte pra uma influência, é quase que é só uma concordância.</p> <p>Eu gostaria muito de influenciar. Influenciar numa discussão. A gente num tem essa garra não. Eu não sei se é timidez, ou se é falta de conhecimento ou comodismo também, a gente não chegou a influenciar. [...] ou qualquer coisa que for lá pra mim também ta bom. Eu acho que é. Acontece muito.</p> <p>[...] Então que influência que nós temos? Nada. Não temos isso ainda.</p> | <p><i>Eu acho que a representação do usuário às vezes não surte o efeito que a gente acha que poderia fazer. A gente não tem essa garra não! Nós não temos essa habilidade. Não parte para esse lado de influenciar uma votação. Eu não sei se é timidez ou se é falta de conhecimento ou comodismo. A gente não chegou a influenciar numa discussão. Eu acho que no caso da gestão, é não! A gente não parte para uma influência, é quase só concordância. Eu gostaria muito de influenciar, mas nós não temos isso ainda.</i></p> |

IAD2

C - A influência do segmento dos usuários depende da forma como é a comunicação

| EXPRESSÕES-CHAVE   | DSC   |
|--|---|
| <p>S2 - Tem... tem sim. Porque depende das palavra colocada. Depende muito das palavra colocada... tem muito, muito... a palavra colocada que eu falo é... falar bunito. Discursar bunito. Isso influi muito numa pessoa ne? Às vezes você fala gaguejando, a pessoa nem te dá atenção, mas se você falá umas palavra bunita, umas palavra colocada, bem discursada ne? A pessoa capita e te dá uma razão muito grande. Eu acho que a secretária dá mais crédito pra gente, eu acho... que eu senti já isso no usuário. Ela dá mais valor na gente... eu acho... escuta mais a gente. Ouve mais a gente.</p> | <p><i>Eu acho que tem sim. Porque depende das palavra colocada. Depende muito das palavra colocada. Tem muito, muito. A palavra colocada que eu falo é falar bonito. Discursar bonito. Isso influi muito numa pessoa não e? Às vezes você fala gaguejando, a pessoa nem te dá atenção, mas se você falar umas palavra bonita, umas palavra colocada, bem discursada a pessoa capita e te dá uma razão muito grande. Eu acho que dá mais crédito pra gente, que eu senti já isso no usuário. Ela dá mais valor na gente. Escuta mais a gente. Ouve mais a gente.</i></p> |

## **ANEXOS**

## ANEXO A : Termo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

## ANEXO B : Mapa das Regiões de Saúde do Município da Serra

## MAPA DA SERRA/REGIÕES DE SAÚDE

