

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROBERTA BISSOLI SALEME

**FLUXOS RIZOMÁTICOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM
AFONSO CLÁUDIO-ES:
CARTOGRAFIA DE UMA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

VITÓRIA
2012

ROBERTA BISSOLI SALEME

**FLUXOS RIZOMÁTICOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM
AFONSO CLÁUDIO-ES:
CARTOGRAFIA DE UMA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

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

Orientador: Prof Dr Túlio Alberto Martins de Figueiredo.

VITÓRIA
2012

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

S163f Saleme, Roberta Bissoli, 1980-
Fluxos rizomáticos do Conselho Municipal de Saúde em
Afonso Cláudio-ES : cartografia de uma participação social : /
Roberta Bissoli Saleme. – 2012.
124 f. : il.

Orientador: Túlio Alberto Martins de Figueiredo .
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Participação social - Afonso Cláudio - Espírito Santo
(Estado). 2. Conselhos de saúde - Afonso Cláudio - Espírito
Santo (Estado). 3. Administração pública. 4. Política de saúde. I.
Figueiredo, Túlio Alberto Martins de. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

ROBERTA BISSOLI SALEME

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AFONSO CLÁUDIO-ES:
CARTOGRAFIA DE UMA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

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

Vitória, 02 de Julho de 2012.

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Núncio Antônio Araújo Sól
Universidade Federal de Ouro Preto
1º. Examinador

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
2ª. Examinadora

Dr^a. Cristiana Mara Bonaldi
Prefeitura Municipal de Vitória
Suplente Externa

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interna

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Orientador

Dedico àqueles que, em meio ao ir e vir cotidiano, criam novas formas de pensar e fazer a participação popular em saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão de todas as coisas;

Ao meu esposo Alejandro, pelo cuidado e apoio;

À minha família, em especial minha mãe Angela, fonte de incentivo constante e minha irmã Samira pelo apoio nas redações, revisão deste trabalho e pelas madrugadas de produção, risos e cochilos;

Ao meu orientador Túlio, por ter acreditado em minha proposta, pelo direcionamento dado ao trabalho e pelo acolhimento tão humano e regado de afeto e, ao mesmo tempo, tão profissional: um exemplo a ser seguido!

Aos conselheiros municipais de saúde de Afonso Cláudio por oportunizarem esse estudo, mostrando-se integrantes efetivos dos fluxos rizomáticos do CMSAFC;

Aos colegas de trabalho da USF Andorinhas pela força, incentivo e apoio nas horas difíceis!

Aos amigos, por sempre acreditar que é possível, em especial, minha amiga Camila Felsky, por me ouvir, sempre atenciosa, pela ajuda na qualificação, pela revisão em inglês e até pela imersão in loco no CMSAFC.

Aos membros da Banca Examinadora, que com suas contribuições, enriqueceram meu trabalho.

Tudo que acontece no mundo, seja no meu país, na minha cidade ou no meu bairro, acontece comigo. Então, eu preciso participar das decisões que interferem na minha vida. Um cidadão, com um sentimento ético forte e consciência de cidadania, não deixa passar nada, não abre mão desse poder de participação.

(Herbert de Souza - Betinho)

RESUMO

A institucionalização dos Conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois possibilita a ampliação da participação de atores sócio-políticos no processo decisório coletivo. Porém, a mera criação do dispositivo “Conselho” não garante a efetiva representatividade a ele associada. É sabido que Controle social é atualmente um desafio na gestão pública. Os Conselhos Municipais, objeto desse estudo, constituem-se como potências deliberativas a fim de auxiliar os gestores vencer este desafio. Diante deste contexto, definiu-se como objetivo geral descrever e analisar o processo de participação social em saúde no município de Afonso Cláudio-ES por meio do Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC) e seus conselheiros. Esta pesquisa caracteriza-se metodologicamente como um estudo de análise documental com cunho cartográfico. Foram analisadas as atas e resoluções do CMSAFC referentes ao período compreendido entre 31 de março de 2010 e 31 de março de 2011. O alcance do objetivo geral se deu a partir dos objetivos específicos traçados para conhecer os dispositivos instituídos sobre a participação social no CMSAFC, bem como discutir se o movimento do coletivo de conselheiros se dá meramente no sentido de legitimar o instituído ou na criação de novas formas de pensar e fazer a participação popular em saúde no município. O trabalho traz à discussão a participação social no Brasil, no que se refere aos aspectos de democracia e gestão, e aborda ainda a caracterização dos conselhos de saúde no país, citando as atribuições legais dos mesmos e o processo de institucionalização em nível nacional para, por fim, tecer a cartografia do caso específico do CMSAFC. O estudo evidenciou que a participação social via CMSAFC caracteriza-se por uma teia de relações, cujos fluxos rizomáticos se dão de forma contínua e intensa, produzindo a realidade social. Evidenciou-se o agenciamento de conexões e fluxos, pelas formas de inserção e participação dos conselheiros, cujas ações – potências – produzem, a cada dia, novas formas de se pensar e se fazer o controle social. A produção da participação nas reuniões permitiu a criação de fluxos de intensidades diversas, afetos que se interpenetraram e se inter cruzaram em várias direções de forma rizomática, fazendo emanar novos modos de operacionalizar a participação social.

Palavras chave: participação social, conselhos de saúde, política de saúde, gestão em saúde.

ABSTRACT

The institutionalization of the Health Councils is important for the democratization of municipal health policy, since it allows the expansion socio-political actors' participation in the collective decision-making process. But merely creating the device "Council" does not guarantee the effective representativeness associated to it. It is known that social control is currently a challenge in public administration. Municipal Councils, the object of this study, constitute themselves as deliberative potencies to assist managers overcome this challenge. Given this context, it was defined as general purpose to describe and to analyze the process of social participation in health in the city of Afonso Cláudio-ES through the Municipal Health Council of Afonso Cláudio (CMSAFC) and its advisers. This research is methodologically characterized as a documental analysis study with cartographic nature. We analyzed the CMSAFC's minutes and resolutions concerning the period between March 31, 2010 and March 31, 2011. The general objective's achievement took place through the specific aims outlined to get to know the devices established about social participation in the CMSAFC as well as to discuss if the group's advisers movement occurs merely in order to legitimize what is established or to create new ways of thinking and doing the popular participation in health in the city. This study brings social participation in Brazil to the discussion, with regards to the issues of democracy and management, and also discusses the characterization of health councils in the country, quoting their legal duties and the institutionalization process at the national level to weave the cartography of the CMSAFC's specific case. The study showed that social participation through the CMSAFC is characterized by a web of relationships, whose rhizomatic flows occur in a continuous and intense way, producing social reality. It was demonstrated the assemblage of connections and flows, through the ways of insertion and participation of advisers, whose actions - powers - produce each day new ways of thinking and doing social control. The production of participation in the meetings allowed the creation of different intensities flows, affections which interpenetrated and intercrossed themselves in various directions in a rhizomatic way, promoting new ways to operationalize social participation.

Keywords: social participation, health councils, health policy, health management.

LISTA DE SIGLAS

CES - Conselhos Estaduais de Saúde

CF - Constituição Federal

CG - Conselho de Gestores

CMSAFC - Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

CS - Conselhos de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PACS - Programa do Agente Comunitário de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde

PNS - Política Nacional de Saúde

PPGSC - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

PSF - Programa Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL	16
3.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO SOB O OLHAR DA SAÚDE	16
3.1.1 Participação social, democracia e gestão	18
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL.	21
3.2.1 As atribuições legais dos conselhos na área social	22
3.2.2 A institucionalização do Conselho Nacional de Saúde	24
3.2.3 A institucionalização da participação social na gestão pública.	32
3.2.4 Controle das políticas sociais	40
4 METODOLOGIA	45
4.1 DESENHO DO ESTUDO	45
4.1.1 Conceituando a Cartografia	47
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	49
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	49
4.4 PROCESSAMENTO DO ESTUDO	50
4.5 ANÁLISE DO MATERIAL	51
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
5 O MUNICÍPIO DE AFONSO CLÁUDIO	53
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICIPIO	53

6 PARTICIPAÇÃO SOCIAL VIA CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM AFONSO CLÁUDIO	57
6.1 COM A PALAVRA OS CONSELHEIROS	58
6.2 ATOS DELIBERATIVOS DO CMSAFC	69
6.2.1 Rastreio	69
6.2.2 Toque	69
6.2.3 Pouso	73
6.2.4 Reconhecimento	75
7 CONSIDERAÇÕES DO MEIO	78
8 REFERÊNCIAS	81
ANEXO 1: Certificado	88
ANEXO 2: CEP	89
ANEXO 3: Carta Submissão artigo	90
ANEXO 4 Carta Submissão artigo	91
APÊNDICE A: Entrevista	92
APÊNDICE B: TCLE	93
APÊNDICE C: Artigo Participação Social	95
APÊNDICE D Artigo Fluxos Rizomáticos	113

1 INTRODUÇÃO

A participação e o controle social no setor saúde vêm de um processo histórico registrado por lutas entre grupos com diferentes interesses em que aqueles com maior capacidade de articulação, quase sempre mantiveram privilégios diversos, conquistando mais espaços junto aos detentores do poder econômico.

A partir da década de 80, instaurou-se um processo democrático no país, que abriu espaço para uma democracia não só representativa, mas também participativa. O marco da consolidação dessa abordagem participativa está inserido nas propostas do movimento sanitário brasileiro, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio da Constituição Federal (CF), promulgada em 1988, emergem as leis que definem o SUS, estruturado na existência de conselhos nos três níveis de gestão; desse modo, institucionaliza o referido sistema, e tem como base a representação de uma prática ainda não presente na realidade cotidiana (PEDROSA,1997).

Uma prática objetivada numa determinada visão de mundo, a qual, mediante certos mecanismos, é instituída como a Política Nacional de Saúde (PNS), definindo espaços, atores, ações. A construção dessa visão de mundo e o seu reconhecimento é um processo que depende de dois fatores: como o sujeito concebe o mundo no qual atua e como se posiciona diante desse mundo cheio de conflitos e possibilidades (PEDROSA,1997).

A participação da comunidade no âmbito do Estado é regulamentada pela Lei 8.142 de 28 dezembro de 1990, e está prevista por via da criação de Conselhos de Saúde (CS), definidos legalmente como instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, e compostos por diferentes grupos sócio-políticos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) - órgão do Ministério da Saúde (MS), e os Conselhos estaduais e municipais, são órgãos de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente, que tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e

financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

Os CS, na atualidade, constituem um espaço responsável pela implementação da mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde. Eles apontam para um novo padrão de relacionamento entre Estado e sociedade civil. Portanto, podem ser vistos como “*locus* institucionais capacitados a determinar o interesse público e, como tal, parametrar a ação do Estado na área de saúde” (CARVALHO, 1997, p.104).

Em termos da gestão em saúde, Carvalho (1995) compreende que a instituição dos CS – um espaço de garantia plena da representatividade social -, significou um avanço na história de nossa Saúde Coletiva, visto que,

[...] nada há na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais (CARVALHO, 1995, p. 31).

Definições de participação que ultrapassem a perspectiva da semântica – tomar parte - requerem a identificação de diferentes quadros de fundamentação teórica, quadros esses formulados em diferentes contextos históricos. Ou seja, é pertinente afirmar que não há, a priori, um marco teórico em que se possa incluir o conceito de participação.

Por fim, torna-se importante mencionar o fato de que a originalidade desta pesquisa está na peculiaridade de gerar uma produção de conhecimento a partir das percepções, sensações e afetos vividos, possibilitando uma nova leitura da realidade, rompendo a separação do sujeito e objeto, buscando conexões com o que afeta a subjetividade da participação social na saúde em Afonso Cláudio.

Compreender a forma de participação e a efetividade dos conselheiros municipais de Afonso Cláudio - ES é essencial para que se possa repensar suas estratégias de funcionamento, de formular e controlar a execução das políticas de saúde do município, contribuindo para potencializar as ações dos atores sócio-políticos

envolvidos. Assim posto, a questão que constituiu a baliza norteadora desta pesquisa foi a seguinte: é possível identificar os conselheiros como efetivos representantes dos seus segmentos e considerá-los sujeitos participantes que utilizam este espaço para construir sua autonomia e a daqueles que representam?

Guizarde (2006) toma a pertinência dos estudos tais como estes como uma necessidade, visto que os mesmos encerram a potência de se tornar dispositivos de democratização de relações sociais, requisito fundamental ao processo de materialidade das políticas públicas.

Tema semelhante - o relato da municipalização da saúde no município de Vitória, enquanto experiência participativa -, já foi objeto de estudo por Oliosia (1999); entretanto, adita-se que este campo é ainda pouco explorado em pesquisas locais do Espírito Santo e inexistente no município de Afonso Cláudio.

Outra questão importante é a minha implicação com o local de estudo; nasci nesta cidade e nela iniciei minha carreira profissional. Pude acompanhar de perto os embates, as tensões, e o movimento das forças, o que fez com que a ligação com o Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC) se tornasse algo visceral, em que fui implicada. A propósito, implicação para o institucionalismo, nos remete

[...] à impossibilidade de objetividade, de neutralidade na pesquisa, ou seja, impossibilidade de apagamento das instituições de diferentes ordens que atravessam o pesquisador e que são constitutivas de seu fazer: implicações afetivas, profissionais, institucionais, etc. (ROCHA e DEUSDARÁ, 2010, p. 49).

Para René Barbier, significa

[...] o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento (BARBIER, 1985, p. 120).

Também fui conselheira municipal de saúde, porém no município de Vitória, por 2 anos e vivenciei as tensões e os movimentos de forças ali existentes. Além disso, fui facilitadora no curso de formação de conselheiros no município de Vitória.

2 OBJETIVOS

Definiu-se como objetivo geral deste estudo analisar o processo de participação social em saúde no município de Afonso Cláudio-ES através dos conselheiros.

O alcance deste objetivo geral se deu a partir dos seguinte objetivos específicos:

1) Conhecer os dispositivos instituídos sobre a participação social no Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC), por meio dos seguintes passos:

- a) Listar as competências próprias dos CS;
- b) Categorizar as competências dos CS em grupamentos similares;
- c) Classificar as deliberações homologadas e não homologadas (resoluções e atas, respectivamente) de acordo com as categorias definidas;
- d) obter a distribuição e frequência, por categoria, das deliberações; e por fim,
- e) ilustrar fluxos de participação social permeados nas falas dos conselheiros, obtidas em reuniões e entrevistas semi-estruturadas;

2) discutir se o movimento do coletivo de conselheiros, se dá meramente no sentido de legitimar o instituído ou na criação de novas formas de pensar e fazer a participação popular em saúde no município.

3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL¹

3.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO SOB O OLHAR DA SAÚDE

A evolução da participação e do controle social na área da saúde no Brasil se dá por meio de diversos caminhos da população nas variadas situações enfrentadas por ela ao longo da história.

É importante a revisão histórica das formas de participação social nessa área por entender que esse processo é de grande relevância e profícuo para suscitar a reflexão sobre os aperfeiçoamentos possíveis e desejáveis, de modo a tornar sempre mais concretos os resultados da vasta participação e mobilização de forças já alcançadas.

Contextualizando a assistência de saúde e sua política de Estado no mundo, Foucault (1979), nos traz em seu discurso sobre “O nascimento da medicina social”, que a assistência à saúde (inicialmente a dos trabalhadores com a industrialização nos países europeus), foi assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra.

Bravo (2006) reafirma que o Estado, no cumprimento de seu papel de manutenção da ordem social e mediação das relações entre classes sociais, mediou a conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras.

No Brasil, Bravo (2006) relata que no século XVIII a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. Soares (2011) reforça que a iniciativa do Estado liberal republicano limitou-se a responder às exigências da racionalidade sanitária postuladas pela classe dominante.

No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas

¹ Este capítulo, conforme cópia de certificado (Anexo 1), foi apresentado como trabalho no I Seminário Internacional de Análise Institucional e Saúde Coletiva, realizado em outubro de 2010, na Universidade Federal Fluminense e, posteriormente, subsidiou a criação do artigo (Apêndice C) “Participação social no Brasil: resgate histórico sob o olhar da saúde”, submetido à revista “Temporalis” (Anexo 3).

iniciativas surgiram no campo da saúde pública, com uma organização precária, baseada na polícia médica, como o controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares (SOARES, 2011; BRAVO, 2006; LUZ, 2000).

No século XX, a saúde emerge como questão social no Brasil, em plena economia capitalista exportadora cafeeira, como resultado dos avanços da divisão do trabalho. (BRAGA e PAULA, 1985, p. 41-42).

Na sociedade brasileira, a demanda por participação no setor saúde é bem antiga, mas nem sempre condicionada pela dinâmica da sociedade civil, pela decisão política do gestor mais ou menos favorável a uma gestão participativa da política de saúde e pela cultura política local. Quem deve participar e o significado da participação foi se transformando no decorrer das lutas (OLIVEIRA, 2006, p. 53).

A mesma autora aponta que o termo “participação” tem vários significados, que originam de uma diversidade de práticas. Segundo os dispositivos legais atuais que estabelecem a participação da comunidade nos conselhos de saúde, participação política é definida no sentido da deliberação sobre a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde.

Como mostra o texto intitulado “As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas”, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS,

Ao longo da história a participação social na área da saúde foi resultante de processo de acumulação de forças dos atores; isso resultou num desenho institucional num sistema público de saúde tal qual conhecemos e que torna o SUS uma referência para outras políticas públicas do país. (BRASIL, 2009, p. 8).

Desde o século passado, a Política de Saúde no Brasil vem sofrendo profundas alterações passando de simples assistência médica a direito à saúde. A fim de entender melhor o que está posto hoje, faremos uma visita aos movimentos de participação social através dos CS no Brasil e Conferências Nacionais de Saúde, articulando-os às determinações sócio-históricas.

3.1.1 Participação social, democracia e gestão

Participação social é um conceito genérico usado na Sociologia com um sentido de integração, para indicar a natureza e o grau da incorporação do indivíduo ao grupo, e norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política, etc. (RIOS, 1987).

No sentido amplo do termo assinala-se a importância da adesão dos indivíduos na organização da sociedade. Do ponto de vista sociológico, participação é um conceito relacional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social. A participação implica comportamentos e atitudes passivos e ativos, estimulados ou não. Na medida em que a ação mobiliza o sujeito do ponto de vista emocional, intuitivo e racional, a participação pode ser entendida como um princípio diretor do conhecimento, variável segundo os tipos de sociedade em cada época histórica (STOTZ, 2011).

Num sentido mais estrito e de caráter político, participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico. Para os atenienses do século V a.C. a participação na *pólis* (cidade) era uma exigência da democracia (governo do povo, *demos*), independentemente do saber de cada um dos cidadãos sobre os assuntos de governo (STOTZ, 2011).

Participação tem um sentido, nesse contexto, particularmente ligado à democratização:

Lema e tópico central em programas e doutrinas reformistas generalizadas a partir dos anos 60, quando se pensou em contrapor à massificação, à centralização burocrática e aos monopólios de poder o princípio democrático segundo o qual todos os que são atingidos por medidas sociais e políticas devem participar do processo decisório, qualquer que seja o modelo político ou econômico adotado (RIOS, 1987, p. 869).

No modelo ditatorial militar no Brasil (1964-1984), foi criada a estratégia das Ações Cívico-Sociais, pelo exército, para atendimento às carências das populações 'marginalizadas' do desenvolvimento econômico permanente até nossos dias. Nos

anos 1980, emerge uma visão da participação popular, distinta das anteriores por não estar mais vinculada ao processo de desenvolvimento capitalista e sim à formulação e implementação de políticas públicas afeitas às classes trabalhadoras (VALLA E STOTZ, 1989; VALLA, 1993).

Definir participação social implica entender as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem com o objetivo de “influenciar a formação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte, etc.)”. Tais ações expressam, simultaneamente, concepções particulares “da realidade social brasileira e propostas específicas para enfrentar os problemas da pobreza e exploração das classes trabalhadoras no Brasil” (VALLA E STOTZ, 1989, p. 6).

No que tange à democratização no Brasil, o texto constitucional (Brasil, 1988) é um marco de reconhecimento dos direitos sociais. A CF alargou o projeto de democracia, compatibilizando princípios da democracia representativa e da democracia participativa, e reconhecendo a participação social como um dos elementos-chave na organização das políticas públicas.

De fato, com a CF de 1988 a participação social passa a ser valorizada não apenas quanto ao controle do Estado, mas também no processo de decisão das políticas sociais e na sua implementação, em caráter complementar à ação estatal.

Segundo Da Silva et al (2011, p. 374), desde a CF de 1988,

[...] a participação social tem sido reafirmada no Brasil como um fundamento dos mecanismos institucionais que visam garantir a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidades, assim como a vigência dos direitos sociais. Com maior ou menor sucesso, esta foi uma das importantes inovações institucionais ocorridas no Brasil pós-Constituinte. A garantia de direitos sociais Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias nos campos da educação, saúde, assistência social, previdência social e trabalho foi acompanhada da consolidação de uma nova institucionalidade objetivando assegurar a presença de múltiplos atores sociais, seja na formulação, na gestão, na implementação ou no controle das políticas sociais.

A propósito da participação social na saúde deve ser ressaltado que o texto da CF de 1988 é limitado, pois ao se referir às diretrizes de organização do SUS, menciona

apenas 'participação da comunidade' que, na História do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada. O enfrentamento dessa limitação do texto constitucional evidencia-se na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (STOTZ, 2005).

Cabe ressaltar que o sentido de participação social no Espírito Santo ainda é muito incipiente, visto que ainda é percebido rancos da ditadura militar em diversas formas de participação.

Ao atribuir aos conselhos de saúde a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, o texto legal retoma a perspectiva ideológica da 8ª Conferência (Brasil, 1990). Esse processo é, na verdade, a culminação das lutas que caracterizaram o período da redemocratização política num amplo leque de experiências e reflexões de profissionais de saúde e lideranças populares, que nos anos 1976-1984 caracterizavam a vertente popular da luta pelo direito à saúde (STOTZ, 2005).

A participação social toma assim, sentidos diversos, no que se refere aos direitos sociais, à proteção social e à democratização das instituições que lhes correspondem. Ela promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório; desse modo permite maior expressão das demandas sociais, que ocasiona um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas. Assim, conclui Da Silva que:

[...] a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo [a exemplo da participação social], permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público. (DA SILVA, et al, 2011).

A participação social tem, portanto, papel relevante tanto no que diz respeito à expressão de demandas como em relação à democratização da *gestão* e da execução das políticas sociais. A consolidação desta participação, na última década, efetuiu-se principalmente por meio dos diversos formatos de *conselhos* e dos diferentes mecanismos de parceria colocados em prática nas políticas sociais. A constituição de conselhos e parcerias no interior destas políticas responde, assim, a

impulsos diversos que atuaram sobre sua criação e desenvolvimento.

Os conselhos emergem, sobretudo, das demandas de democratização da sociedade em face do processo decisório que permeia as políticas sociais. As parcerias, por sua vez, inspiram-se em uma demanda de reorganização da intervenção do Estado no campo social, em busca de maior igualdade, equidade ou eficiência. Estes impulsos, entretanto, longe de convergirem em torno de princípios comuns, tendem a se contradizer em diversos aspectos, consolidando importantes tensões tanto internas – tensões que se desenvolvem no interior de cada um destes espaços de participação – quanto externas – tensões que se estabelecem entre os dois espaços, conselhos e parcerias (DA SILVA, et al, 2011).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL

Por institucionalizarem a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais, os conselhos gestores são os principais exemplos da publicização do Estado (GOHN, 2003). Dentre estes, destacam-se os Conselhos de Saúde que, criados nos 5.564 municípios brasileiros, representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país (MOREIRA, ESCOREL; 2009).

A importância e complexidade desse processo político tem sido ressaltada por diferentes autores, cujas análises, elaboradas em diferentes momentos e baseadas em abordagens conceituais ou em estudos de caso locais e regionais, convergem em um aspecto: a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório (COELHO, 2004). Porém, *per se*, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado (MOREIRA, ESCOREL; 2009).

Carvalho (1995) relacionou as origens dos conselhos de saúde, entre outros fatores, à atuação da sociedade organizada no período 1970-1990, enfatizando a luta contra a ditadura militar. Moreira e Escorel (2009) atualizaram esta reflexão para a segunda metade dos anos 1990 e 2000, enfocando as transformações do papel por ela

desempenhado no controle da saúde.

O ponto de partida desses autores são os programas de extensão de cobertura financiados pelas agências internacionais de saúde que, nos anos setenta, incentivaram a participação das comunidades atendidas na execução das ações sanitárias. Tal “participação comunitária”, descolada da discussão sobre problemas sociais, foi preconizada como forma de organização autônoma capaz de gerar melhorias sociais (MOREIRA, ESCOREL; 2009).

A participação institucionalizada nos conselhos de saúde é fundamental para a consolidação de um novo modelo assistencial em saúde. Um dos alicerces desta mudança constitui-se no modo de conceber a saúde/doença. Constituindo-se os conselheiros como atores-chave do SUS, suas concepções formam a base sobre a qual se tomam as decisões sobre as políticas de saúde (WENDHAUSEN, RODRIGUES, 2006).

Em 1991, é sancionada a Lei 8.142 (BRASIL, 1990), que define a competência dos CS:

art. 1º, parágrafo 2º: O CS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Desde esta perspectiva, vale salientar que os conselhos de saúde constituem-se como novos espaços públicos propiciados pela reestruturação do Estado, obtida pelas forças políticas com base no pressuposto de que a participação da sociedade deva ser acolhida pelo Estado como forma de controle social e interferência na definição e desempenho das políticas públicas. Assim, com a criação dos conselhos, o controle social assume lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde no Brasil (GUIZARDI, 2011; OLIVEIRA, 2004).

3.2.1 As atribuições legais dos conselhos na área social

A regulamentação do preceito constitucional de participação comunitária no SUS pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, levou à criação de um sistema de CS em cada esfera do governo, compostos por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%) (STRALEN, et al, 2006). Essa mesma lei define de forma genérica a competência dos CS:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1o, § 2o) (STRALEN, et al, 2006, p. 622).

A competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do CNS (Resoluções nº 33, de 1992, e nº 333, de 2003), que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários (STRALEN, et al, 2006).

A instituição dos CS como órgãos de controle social e gestão participativa é fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implantação resultou de uma política de indução do MS, condicionando o repasse de recursos federais à criação do CMS (STRALEN, et al, 2006).

Este processo resultou em conselhos muito heterogêneos, desde conselhos apenas cartoriais a conselhos que efetivamente fiscalizam os gestores do SUS. Esta situação não apenas espelha a diversidade dos municípios quanto à população, oferta de serviços de saúde e capacidade de investimento na saúde, mas se relaciona também com outros fatores, entre os quais Cortes (2002, p.18) aponta os seguintes como os mais influentes:

A força dos movimentos sociais; a articulação dos reformadores do sistema de saúde com os ativistas dos movimentos sociais; a posição das autoridades municipais, estaduais e federais sobre a participação de usuários e, relacionada com os fatores anteriores, a própria dinâmica dos conselhos de saúde dada pelas posturas das coordenações dos conselhos e dos gestores.

Wampler (2003) e outros apontam fatores semelhantes em relação ao orçamento participativo. Assim, fica claro que os conselhos não poderão ser vistos como arranjos democráticos inovadores já dados, ou seja, não são instituintes per se. Os conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde, que, atualmente, tem como via principal a Estratégia de Saúde da Família - ESF.

De acordo com Stralen, et al (2006) esta reestruturação não é apenas uma questão técnica. Envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nesta perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social e *accountability*, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem.

3.2.2 A institucionalização do conselho nacional de saúde

A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937 (BRASIL, 1937), é o primeiro documento que inaugura a institucionalização do CNS. Há de se considerar, no entanto que tal órgão era de caráter apenas cooperativo e debatia apenas questões internas ao Ministério da Educação e Saúde (MOREIRA, ESCOREL; 2009).

Torna-se pertinente destacar o contexto histórico - a década de 30, um período em que, segundo Cortes (2002), os dirigentes políticos e acadêmicos consideravam que o Estado deveria ser o condutor do crescimento econômico e do bem-estar social, reforçando a exclusão da população na tomada de decisões na esfera pública.

O estado não oferecia assistência médicas a todos, exceto em casos especiais, tais como tuberculose, hanseníase e doença mental. Os usuários do sistema não eram considerados em sua condição de cidadãos, e sim pelo valor de sua contribuição para o setor econômico, o que gerava uma insatisfação enorme por parte deles. Soares (2011) relata que uma estrutura administrativa centralista, tecnoburocrática e corporativista dificultava a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde.

Em se tratando da questão da institucionalização do CNS, é fundamental entender que, para que a atuação dos CMS obtenha sucesso, há a necessidade de reconhecimento e legitimação, seja pelos atores políticos que têm assento no conselho – sujeitos participativos - ou por parte das instituições políticas que participam do processo decisório das políticas municipais de saúde (MOREIRA, ESCOREL; 2009).

No entanto, há de se considerar uma peculiaridade no estabelecimento de tais relações de reconhecimento e legitimação: as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que representam o poder executivo, além de serem os únicos atores cujas prerrogativas e obrigações legais exigem a participação em todas as etapas do processo decisório, são também responsáveis por proverem condições adequadas ao funcionamento dos CMS, principalmente aquelas relacionadas a infra-estrutura, recursos humanos e financeiros (MOREIRA, ESCOREL; 2009).

Dito isso, torna-se evidente a existência de uma concentração de poder similar a que Abrucio (1998) classifica como “ultrapresidencialismo”, que ocorre [...] [quando] o poder executivo [...] é o principal agente em todas as etapas do processo de governo, relegando a assembléia legislativa a um plano secundário.[...] os mecanismos de controle do poder público [são] pouco efetivos, tornando o sistema político um presidencialismo sem checks and balances (ABRUCIO, 1998).

As conferências nacionais também foram instituídas na mesma década, mais precisamente em 1937 e atreladas à lei que criou o CNS, através do art. 90:

Art. 90. Ficam instituidas a Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saude, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes á educação e á saúde, realizadas em todo o Paiz, e a orienta-lo na execução dos serviços locais da educação e de saude, bem como na comissão do auxilio e da subvenção federaes.

Paragpho unico. A Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da Republica, com intervallo maximos de dois annos, nellas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Districto Federal e do Territorio do Acre. (BRASIL, 1937).

A Conferência de Saúde, enquanto agenciamento era (e ainda é) um dispositivo do

governo federal para articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Estavam previstas para serem realizadas no máximo a cada dois anos, mas, há registro de convocação da **1ª Conferência** apenas em janeiro de 1941, adiada em três vezes por decreto para novembro do mesmo ano. Não houve participação social nos debates das políticas públicas (MACEDO, 2005).

Desde então, foram realizadas 14 conferências nacionais de saúde, como mostra o Quadro 1, a seguir.

QUADRO 1: CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, DATAS E TEMAS ABORDADOS, 1941/2010.

Conferência	Datas	Temas
1ª	11/1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª	12/1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª	06/1963	Descentralização na área de saúde
4ª	08/1967	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª	08/1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
6ª	08/1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
7ª	03/1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª	03/1986	Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial
9ª	08/1992	Municipalização é o caminho
10ª	09/1996	Construção de modelo de atenção à saúde
11ª	12/2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª	12/2003	Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
13ª	11/2007	Políticas de Estado e Desenvolvimento
14ª	11/2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro

Fonte: BRASIL, 2009 e BRASIL, 2012

Desde a criação do CNS, até a 8ª Conferência, não havia ainda se estabelecido a idéias de participação social. Esta só veio a ser constitucionalizada a partir da 9ª Conferência.

Como se pode observar, não houve constância na periodicidade das conferências devido a diversos fatos históricos, como exemplo o Golpe de 1937 e a 2ª Guerra Mundial.

Em 1950, a **2ª Conferência** foi realizada e se destacou no estabelecimento de leis referentes à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. Porém não há relatório conhecido dessa Conferência (BRASIL, 2009).

Luz (2000), ao analisar a trajetória do Estado na proposição e implementação da política de saúde, destaca duas questões marcantes à época da 2ª Conferência: centralização/descentralização e concentração/desconcentração de poder. Segundo argumenta, na década de 1950 a descentralização e a participação civil já eram reivindicadas por agentes institucionais e da sociedade civil.

Entretanto, “a participação popular reivindicada não se referia à totalidade da população, nem mesmo a seus setores organizados. Referia-se principalmente aos próprios profissionais da saúde, a entidades sindicais e partidárias e a órgãos corporativos médicos” (LUZ, 2000).

O início da década de 50 foi um período de importantes mudanças institucionais. Em 25 de julho de 1953, foi criado o MS (Brasil, 1953), iniciativa mais voltada a separar os dois setores (Saúde e Educação) do que a promover a resolução dos problemas sanitários do país. Em seguida o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, datado de 8 de abril de 1954, agora para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde (BRASIL, 1954).

O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio MS. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24 (BRASIL, 1959).

Nos anos 60, aquece o debate sobre o papel do Estado Nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde. Treze anos após a realização da 2ª Conferência, em

julho de 1963, foi convocada a **3ª Conferência** Nacional de Saúde.

Seus integrantes eram ainda representantes do governo federal e dos estados e território, mas significou uma primeira ampliação dos atores participantes: estabeleceu que os dirigentes dos estados poderiam “[...] fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos [...]” (BRASIL, 1963).

O tema era orientado à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização, ou seja, da municipalização da assistência à saúde, e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. Porém o golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas por essa Conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de setenta.

A **4ª Conferência**, realizada em agosto de 1967 teve como tema central a questão dos recursos humanos e a necessidade de se identificar o tipo de profissional necessário às demandas do país (BRASIL, 1970a).

Nesse período, a atribuição do CNS foi ampliada através do Decreto nº 67.300 de 30 de setembro de 1970, quando ele passou a

[...] examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (BRASIL, 1970b, Art 1º).

O novo CS ganha uma composição que simultaneamente assegura a presença de atores privilegiados no projeto hegemônico e garante o controle do governo sobre o seu funcionamento, acompanhando o padrão da época, vigente em outras áreas de políticas públicas (MOTA, 2011).

A composição desse conselho era em sua maioria escolhida pelo Poder Executivo que, de resto, escolhia também os outros quatro entre os nomes oferecidos pelas entidades. A idéia da participação da sociedade através de representações autônomas de seus setores organizados passava longe do CNS de então. A sua

representatividade "controlada" não alcançava senão uma elite médica, provavelmente interessada e, portanto útil para parametrar o processo de medicalização/privatização então vigente. A "cara" do CNS de então era a de um órgão técnico com funções normativas, enquanto sua legitimidade fundava-se no próprio Estado, na medida em que seus membros, direta ou indiretamente, dependiam da indicação dos detentores do Poder Executivo (MOTA, 2011).

Na primeira fase do regime militar, Soares (2011) afirma que houve uma verdadeira reorientação da administração estatal, o que inclui o setor da saúde, em virtude do fenômeno histórico do "milagre brasileiro".

A lógica centralista e a supressão do debate na sociedade afetavam os modelos de saúde pública e medicina previdenciária originados no período anterior.

De acordo com Luz (1991), os efeitos e conseqüências desta política fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à 'política de saúde da ditadura', já perceptível no fim do 'milagre' econômico que o país vivenciava (1974-1975).

Na década de setenta também surgiu com grande força o movimento de reforma sanitária, um grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização. Nessa época começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil e reorganização do movimento social.

Também nesse período, a função política dos movimentos sociais e comunitários é resgatada e percebida através da mobilização da população nas eleições de 1974 e das lutas pela redemocratização do país, bem como das reivindicações às autoridades de soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente.

Importante destacar o processo de "massificação da consulta médica", em que a má qualidade dos serviços prestados era nítida, denunciado por residentes médicos e internos das instituições públicas, no sentido de buscar alianças e articulações com outros movimentos sociais.

O centralismo autoritário do regime militar, de postura radical, era criticado pela massa científica, que aumentava sua produção no sentido de denunciar o modelo vigente e propor alternativas para uma nova política de saúde que fosse efetivamente democrática.

Paralelamente a essa luta, aconteceu a **5ª Conferência** Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1975, que se dedicou a discutir cinco temas: o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais. Além das autoridades e técnicos setoriais, a Conferência teve a participação de membros do Conselho de Desenvolvimento Social, composto por representantes de todos os ministérios da área social, além dos de Planejamento e Fazenda. As principais contribuições da 5ª Conferência foram as propostas de organização do SNS (BRASIL, 1975).

Em 1976, o Decreto 79056/76, ao regulamentar a famosa Lei 6229/75 que consolidou o Sistema Nacional de Saúde na sua dicotomia de práticas, órgãos e clientela, consolida também o CNS como uma espécie de coletivo de Câmaras Técnicas, a quem "compete examinar e propor soluções para problemas concernentes a promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas através de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do Ministro de Estado", tornando-o um órgão consultivo (BRASIL, 1976).

Cumprindo o prazo estabelecido de dois anos, em agosto de 1977, a **6ª Conferência** Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto n. 79.318 de 01/03/77, e tratou da situação do controle das grandes endemias, e da interiorização dos serviços de saúde, através do Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (PIASS). Já se falava, nessa formulação, algumas das demandas sociais relacionadas à democratização de processos decisórios, que começavam a se expandir nesse período. (BRASIL, 2009).

Novamente a composição do CNS é alterada através das portarias 360/77 e 204/78 e o seu caráter além de consultivo passa a ser também normativo. Os membros

institucionais foram ampliados, passando a incluir representantes dos Ministérios da Educação e Cultura, do Interior, da Previdência e Assistência Social, da Agricultura e do Trabalho, sendo que os demais deveriam ser indicados pelo Ministro. Eram 23 na totalidade (MOTA, 2011).

Concomitante aos movimentos de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, o chamado Movimento Sanitário, e do Movimento Popular de Saúde – composto por médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e das populações carentes, que questionava a qualidade do serviço e reivindicava não apenas a conquista de equipamentos, mas a própria gestão e organização da política de saúde -, outro movimento, que teve um papel político decisivo no setor saúde foi o Movimento Médico, caracterizado, nos anos 70 e na primeira metade da década de 80, por questionar às políticas de saúde e propor uma reformulação do sistema que culminou com a "Reforma Sanitária" (SOARES, 2011).

Por um lado, havia a ação institucional proclamada pelo Movimento Sanitário e o Movimento Médico; por outro, a organização de redes movimentalistas locais, preconizadas pelo Movimento Popular.

Em 1980, a proposta de criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) foi efetivada através da **7ª Conferência**, que reuniu 402 participantes, a maioria representando órgãos públicos, em torno do tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. A conferência anunciava também a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país.

O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor (BRASIL, 1980).

Um novo projeto de democratização do setor saúde foi se formando, e em 1986, com ampla participação popular, a histórica **8ª Conferência** Nacional de Saúde foi realizada (BRASIL, 1986), cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem a Seção referente à saúde que vai do artigo 196º ao 200º da Constituição Federal - "Da Saúde" (BRASIL, 1988). Foram discutidos amplamente os princípios da Reforma Sanitária, assim sintetizados: participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde.

O processo de preparação da 8ª Conferência é que deu o tom diferenciado. Foi dado estímulo e apoio à realização das pré-conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral e possibilitou que os representantes da sociedade civil organizada discutissem com técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos realmente, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional. Participaram mais de 4 mil pessoas nessa Conferência.

A organização e atribuições do CNS novamente são modificadas em janeiro de 1987, através do Decreto nº 93.933, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde, mas ainda os conselheiros eram indicados pelo ministro (BRASIL, 1987).

3.2.3 A institucionalização da participação social na gestão pública

A idéia de participação alcançou melhores resultados com o processo de democratização iniciado na década de 1980. Esse processo incentivou, por um lado, a descentralização e, por outro lado, buscou novas formas de democracia participativa, o que ocorreu a partir da **9ª à 14ª Conferência**.

Para Benevides “[...] a participação popular no governo da coisa pública é sem dúvida um remédio contra aquela arraigada tradição oligárquica e patrimonialista” (BENEVIDES, 2002, p.194).

Com a promulgação da CF de 1988 (BRASIL, 1988), adotou-se no Brasil uma perspectiva de democracia representativa e participativa, incorporando a participação da comunidade na gestão das políticas públicas (art. 194, VII; art. 198, III; art. 204, II; art. 206, VI, art. 227, parágrafo 7), tornando assim a participação social efetivamente uma produção desejante.

Exemplo dessas novas formas de organização são os Conselhos, que surgem como uma forma de tornar a sociedade mais democrática por garantir o direito da população de exercer o poder através de sua participação. Os conselhos constituem “modalidade institucional bastante avançada [...]. Em vez de uma estrutura burocrática especializada e verticalizada, com poderes absolutos sobre a gerência de programas, optou-se pela criação de conselhos municipais como instâncias de consulta e deliberação” (COSTA S/D).

De acordo com Oliveira (2006, p. 16):

Os Conselhos estimularam a prática dos cidadãos que se organizavam em movimentos sociais e cidadãos sem tradição de organização, envolvendo-os no espaço das decisões políticas municipais e também da construção da cidadania, criando uma nova cultura política, que vai contra a antiga forma patrimonialista, clientelista e afins, de gerir a coisa pública, ou seja, são práticas que desenvolvem a participação da sociedade civil e reconstróem a relação com o Estado.

Tal modelo tem obtido bons resultados quando realizado em sua plenitude, sendo cada vez mais implementado “[...] abrindo espaço para a participação democrática, para a edificação da comunidade, para alternativas às formas dominantes de desenvolvimento e de conhecimento, em suma, para a inclusão social” (SANTOS, 2002, p. 457).

O modelo também traz à superfície “[...] o objetivo de associar ao processo de fortalecimento da democracia local formas de renovação cultural ligada a uma nova institucionalidade política que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social” (SANTOS, 2002, p. 76).

No entanto, a participação da sociedade nas funções de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas requeriam a constituição de um órgão colegiado deliberativo, representativo da

sociedade, de caráter permanente.

Como um marco legal, um dispositivo então é criado: a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), que abre espaço para legitimar e institucionalizar essa participação da comunidade. Ela foi legitimada e institucionalizada nas formas das Conferências e dos CS, instâncias de Controle Social.

Esta mesma Lei, em seu art. 1, § I e II, define que as Conferências reunir-se-ão a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes e que o Conselho será de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, estes últimos representados, principalmente, pelos movimentos populares.

Como função, o CS, ainda segundo a Lei, atua na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, considerando os aspectos tanto econômicos quanto financeiros, sendo os usuários representados paritariamente ao conjunto dos demais segmentos que o compõe.

As instâncias legais tornaram os CS ou Conselhos de Gestores (CG), organismos indispensáveis à ocorrência de transferência de recursos financeiros a estados e municípios. O papel dos CS nos municípios merece destaque, pois é somente a partir das deliberações desse núcleo inicial que se promovem os CS de abrangência superior. Os CS nos municípios, apesar de se diferenciarem no tamanho – determinado pelo número de habitantes – possuem a mesma norma, com relação à proporção de participantes de cada setor (COSTA, S/D).

Os CS possuem composição paritária. A finalidade ideal dos Conselhos, no contexto do SUS, é promover o controle social sobre o sistema. Para tanto, é necessário uma mudança profunda na cultura nacional de participação e demanda tempo e esforço. Nesse cenário, os Conselhos se tornam uma oportunidade de efetivação dos direitos de cidadania e promulgação de atividades cívicas comprometidas com o interesse geral público (COSTA, S/D).

A partir desse marco legal, presenciou-se uma verdadeira explosão de criação de conselhos em todo o Brasil, que culminou com a obrigatoriedade da implementação dos CG, como os de Saúde. Os CG, que institucionalizaram a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais, são os principais exemplos do processo de redemocratização do Estado brasileiro (GONH, 2003).

Dentre os conselhos, Moreira e Escorel (2009) destacam os conselhos de saúde, representando a descentralização político-administrativa implementada no país. Esses autores apresentam graficamente através da tabela abaixo a evolução da criação dos conselhos até 2008.

TABELA 1 – CMS de acordo com o ano de criação, Brasil.

Ano de criação	CMS criados	
	N	%
Antes de 1991	312	5,7
1991	1351	24,7
1992	281	5,1
1993	758	13,9
1994	477	8,7
1995	176	3,2
1996	145	2,7
1997	1003	18,4
1998	196	3,6
1999	98	1,8
2000	50	0,9
2001	233	4,3
2002	38	0,7
2003	31	0,6
2004	27	0,5
2005	98	1,8
2006	18	0,3
2007	12	0,2
Não informado	158	2,9
Total	5463	100

Fonte: ParticipaNetSus - 2008 (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus). Moreira e Escorel. Organizado pelos autores.

A partir de 1996, a legislação brasileira vinculou o recebimento de recursos destinados às áreas sociais dos municípios à criação dos seus Conselhos, explicando porque a maioria surgiu após esta data (GONH, 2003).

O CNS passou a orientar, a partir de 1992 (Resolução n. 33, do CNS, de 23/12/1992 (BRASIL, 1992), a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS), recomendando, entre outras coisas, que a escolha dos representantes fosse realizada pelos próprios segmentos; que a composição deveria ser de 50% de usuários; 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores; que a eleição do presidente deveria se dar entre os membros do conselho e que não houvesse coincidência de mandatos entre conselho e governantes.

As conferências continuaram a ser convocadas e nelas discutidos temas imprescindíveis para a saúde brasileira.

A **9ª Conferência** Nacional de Saúde então é convocada em 1992, obedecendo-se a partir desta o intervalo de quatro anos, com exceção da 12ª convocada em 2003, apenas três anos depois da anterior. O tema central foi “Municipalização é o caminho” e como temas específicos: 1) Sociedade, governo e saúde (com subtema: seguridade social); 2) Implementação do SUS; 3) Controle social e 4) Outras deliberações e recomendações. Contou com a participação de quase 3.000 delegados e participantes credenciados e mais de 1.500 observadores (BRASIL, 2009).

Em 1993, a regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no SUS e o estabelecimento dos mecanismos de financiamento das ações de saúde e diretrizes para os investimentos no setor, foram implementados a partir da instituição da Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/93 (BRASIL, 1993). O país enfrentou situações de transição para que estados e municípios chegassem a situação desejada de plena autonomia na gestão de suas novas responsabilidades legais no sistema de saúde, através de um processo gradual, flexível e negociado.

Antes da 10ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação dos principais atores setoriais, num ano de instabilidade política e com a mídia informando recorrentemente sobre a saída do Ministro da Saúde, por divergências com a equipe econômica do governo, a NOB 01/96 (BRASIL, 1996a) foi criada, com a necessidade de aperfeiçoamento na estratégia de descentralização.

A **10ª Conferência** Nacional de Saúde aconteceu em 1996 num momento em que o SUS atravessava gravíssima restrição orçamentária e foi marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil. Contou com a participação de 1.260 delegados, 351 convidados e 1.341 observadores (BRASIL, 2009).

Dentre as deliberações dessa Conferência, novos mecanismos de participação deveriam ser constituídos e implementado pelos conselhos e os gestores do SUS, como os CG nas Unidades e Serviços de Saúde públicos (ambulatoriais, hospitalares), nos hospitais filantrópicos e universitários e nos serviços conveniados com o SUS, Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos CS; Comissões de Ética Multiprofissionais, vinculadas aos CS, para analisar denúncias de mau atendimento e avaliar o comportamento dos Trabalhadores em Saúde; fóruns anuais ampliados nos Estados, nos Municípios, nos Distritos e nas Regiões, para avaliar o processo de implantação do SUS, o cumprimento das deliberações das últimas Conferências e propor temáticas pertinentes para as próximas, entre outros (BRASIL, 2009).

Acerca do funcionamento dos conselhos, os mesmos deveriam promover uma Política Nacional de Capacitação de seus conselheiros, realizando cursos de capacitação e programas de educação continuada sobre aqueles conteúdos indispensáveis para a sua atuação, custeados pelo MS e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A fim de garantir autonomia, os CS devem ter seu presidente eleito entre os seus membros, porém essa deliberação só foi garantida posteriormente com a nova estrutura do conselho.

A **11ª Conferência**, ocorrida em 2000, foi marcada pelo tema escolhido: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Contou com a participação de 2.500 delegados. Foi a primeira conferência que apareceu o tema da humanização na atenção à saúde (BRASIL, 2000).

A **12ª Conferência** Nacional de Saúde foi realizada em 2003, tendo por tema central: "Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos", com dez eixos temáticos específicos. Contou com a participação de mais de 4.000 cidadãos, sendo precedida por cerca de 3.100 conferências municipais e 27 estaduais. Os eixos se orientavam em torno do direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; e comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2004).

Essa Conferência aconteceu num momento importante para a saúde pública brasileira. Foi antecipada em um ano, para que suas propostas norteassem as ações de governo no período de 2003-2007. Teve uma importante participação da população, tanto nas etapas municipais, estaduais, quanto na nacional. No entanto, a expectativa de que fosse um mecanismo de democratização da política de saúde e um marco em relação às demais foi frustrada. A própria condução das plenárias foi rotulada como "frágil", segundo Bravo (2006), o que acarretou na impossibilidade de aprovação do relatório final de forma coletiva. Analisar individualmente o relatório inviabilizou debates entre os delegados e as deliberações não ocorreram de forma frutífera.

Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006 através do Decreto Presidencial n.º 5.839, de 11 de julho de 2006 (BRASIL, 2006a). O Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também pela primeira vez na história elege seu Presidente; cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O CNS passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores.

Em 2007, a **13ª Conferência** Nacional de Saúde, convocada por Decreto Presidencial de 10/05/07, foi precedida por 4.413 conferências municipais e 27 estaduais, contou com 3.068 delegados, 302 observadores e 210 convidados. A Conferência teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, e seus debates foram organizados em torno dos seguintes eixos temáticos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde (BRASIL, 2007).

A **14ª Conferência** Nacional de Saúde aconteceu no mês de novembro de 2011 em Brasília. Nestes cinco dias da etapa nacional reuniram-se 2.937 delegados e 491 convidados, representantes de 4.375 Conferências Municipais e 27 Conferências Estaduais

A discussão pautou em defender intransigentemente um SUS universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social. Os compromissos dessa Conferência foram traçados para garantir a qualidade de vida de todos e todas.

A 14ª Conferência propôs que os princípios e as diretrizes do SUS - de descentralização, atenção integral e participação da comunidade - continuem a mobilizar cada ação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS.

As conferências de saúde têm o papel de “definir as diretrizes para a política de saúde” (BRASIL, 1990, art. 1º, § 1º), porém a transformação dessas diretrizes em ações efetivas é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os conselhos de saúde. Isso permite que a vontade social expressa nas recomendações se converta em realidade (BRASIL, 2009).

A participação social nos conselhos de saúde não significa que estes devam assumir as funções de gestão - mas que devem ser capazes de apontar se os planos, programas e orçamentos conduzem aos objetivos expressos pelas conferências, se caminham na direção proposta e, se isto não ocorrer, apontar o fato e indicar

alternativas. Nessa perspectiva, o conselho é, por excelência, o lugar da explicitação dos conflitos de interesses, da negociação e da busca de acordos que permitam avanços na direção desejada, um vasto território de fluxos e devires.

São nesses espaços institucionalizados que ocorrem a interlocução do Estado com a sociedade. Para Dulci (2010), a atuação dos conselhos é fundamental para o aperfeiçoamento da democracia, bem como a transparência e efetividade da ação governamental.

Entretanto, a participação institucionalizada da sociedade como grupo sujeito, para ser efetiva, exige um longo processo, ainda em construção, de amadurecimento propiciador da auto-análise e da autogestão e não apenas a mera representatividade na esfera da saúde.

Nesta mesma linha de pensamento, Pêgo avalia que:

A efetivação de instâncias de participação popular, [...] não se exaure no campo político institucional. [...] requer muito mais do que mudanças no arcabouço do sistema de atenção à saúde. [...] [Requer] a existência de cidadãos não forjados a partir do Estado, mas capacitados através de conquistas de todos, isto é, da sociedade (PÊGO, 1993, p. 69-70).

Por isso é preconizado que os Conselhos de Saúde sejam o marco de um novo padrão de relacionamento entre o Estado e a Sociedade Civil, permeado por comunicabilidade política e políticas de saúde universais, constituindo-se como espaço deliberativo investido de poder de governo que determinem o interesse público e parametrizem a ação estatal na Saúde (CARVALHO, 1995).

3.2.4 Controle das políticas sociais

O Estado abrange a sociedade política e a sociedade civil, para manter a hegemonia de uma determinada classe sobre a outra. Portanto, o Estado congrega além da sociedade política a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia que mantêm o consenso, ou seja, “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...]” (GRAMSCI, 2000).

Em Gramsci não existe uma distinção entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica: “por ‘Estado’ deve-se entender, além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil” (GRAMSCI, 2000, p. 254-255). Na perspectiva gramsciana, sociedade civil e sociedade política são distinções metodológicas do conceito de Estado (GRAMSCI, 2000, p. 47).

Quanto aos conceitos de participação e controle social, Carvalho (1995) ressalta os distintos contextos socioeconômico-culturais em que emergem, pois essas definições ou conceitos correspondem a uma variedade de enfoques político e ideológicos e envolvem diversas formas de compreensão da relação Estado e Sociedade e das maneiras de intervir nele.

O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação, deixando o Estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem-comum (SANTOS & CARVALHO, 1992).

Uma das formas de manifestação do controle social exercida pelo usuário, cidadão e administração diz respeito aos Conselhos de Saúde em suas várias modalidades de organização, os Conselhos Gestores (CG) de Unidade, os CMS e CES e o CNS.

Os CG são canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos, são agentes de inovação e espaços de negociação de conflitos (GOHN, 2003). Além disso, os Conselhos representam uma das formas de constituição de sujeitos democráticos, e são instituintes.

Mas, só é possível compreender o teor das ações dos conselhos, inserindo-os no quadro de desenvolvimento histórico de algumas formas de participação da sociedade civil em passado recente. Para Gohn (2003), na atualidade, é preciso entender o lugar atribuído às novas formas de participação institucionalizadas, nos marcos das distintas formas de relações governo-sociedade civil como o programa do Orçamento Participativo, os fóruns e as plenárias de participação popular.

A possibilidade de elaboração de políticas de inclusão dos setores excluídos social e

economicamente da realidade brasileira, em processos de deliberações e decisões dos destinos das políticas governamentais, recoloca o tema da participação na esfera pública, assim como repõe a constituição dos sujeitos para a construção de projetos democráticos.

Os CG, maior exemplo desta modalidade de participação, compõem um sistema de co-gestão e controle social tripartite (Estado, profissionais e usuários) das políticas de saúde, articulando desde os Conselhos Gestores de equipamentos básicos de saúde até o Conselho Nacional, regido pela Conferência Nacional de Saúde (GOHN, 2003).

Vários autores brasileiros vêm trabalhando este tema no eixo das políticas sociais. Para Carvalho (1995, p. 8) “Controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Para este autor:

A idéia de controle social inspira os Conselhos de saúde para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado, “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (CARVALHO, 1995, p. 28).

Ao analisar os Conselhos, considera que eles “têm uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a sua composição e o projeto político que o (referindo-se ao Conselho) inspirou” (CARVALHO, 1995).

Para ele, os Conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político. Pela possibilidade que os Conselhos apresentam de exercer poderes governamentais ou estatais, ele os caracteriza como “espaços contra-hegemônicos [...], distinguindo-os de outros organismos de natureza estritamente civil” (CARVALHO, 1995, p. 111). E os vê como “uma proposta contextualizada em um projeto de reforma democrática do Estado” (*idem, ibidem*), como espaços instituintes.

Também, do ponto de vista da democratização, Valla (1993, p. 73) inscreveu o

controle social dos serviços de saúde em um Estado democrático que vem passando por mudanças no modo de planejar e gerenciar recursos.

O Controle Social em Saúde é uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação da participação social regulada e institucionalizada normalmente no aparelho de Estado. Reveste-se de caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas nos aspectos técnicos, administrativos, ambientais e orçamentários, através de deliberações, intervenções e encaminhamentos de decisões referentes às necessidades identificadas pelos representantes legítimos (OLIVEIRA, 2003).

O controle social torna-se ferramenta para a consecução da Gestão Participativa, que é o ato democrático de gerenciar as ações e práticas políticas do controle social pelo planejamento de programas e serviços de saúde. É a concretude da participação social institucionalizada e o canal para a efetivação do controle social (OLIVEIRA, 2003, p. 30).

Na mesma direção, Barros (1998) trata o controle social sobre a ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. Destaca que “ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade” (BARROS, 1998, p.31).

Neste sentido é que houve a privatização do Estado. Em contraponto a esta realidade, afirma que a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade.

Raichelis (2000) considera controle social como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. Ele “implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados” (RAICHELIS, 2000).

Por outro lado, a mobilização passa a consistir na canalização de energias para objetivos comuns focalizados, em detrimento da aglutinação de pessoas para fins de protesto, tal como vinha ocorrendo nos anos 60 e 70 do século 20.

Segundo Gohn (2003) observa-se completo esvaziamento do conteúdo político de mobilização e sua transfiguração em processos para atingir resultados. O novo conceito de mobilização passa a ser uma das diretrizes preconizadas nos programas de gestão participativa por Organizações Não-Governamentais (ONGs) do Terceiro Setor.

Bravo (2002, p. 45), igualmente partindo do aspecto legal, coloca que o sentido do controle social inscrito na Constituição de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”.

Portanto, considera os CS como inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática (BRAVO, 2002). Inscreve o controle social dentro do processo de democratização do Estado via participação na gestão das políticas públicas, e considera os Conselhos como espaços de tensão entre interesses contraditórios.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa tratou-se de um estudo exploratório com análise documental de atas e resoluções, cujo delineamento se deu pela cartografia, tecida ao longo das visitas realizadas ao CMSAFC.

A respeito dos estudos exploratórios, sabe-se que os mesmos têm a potência de “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses [...] [além do] aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições...” (GIL, 1996, p. 41).

O interesse em desenvolver este estudo se dá pela necessidade de compreender a realidade humana vivida socialmente, não havendo preocupação restrita a quantificar ou explicar a causalidade dos fenômenos como nas perspectivas positivistas. (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2008).

Optou-se, desse modo, por uma abordagem aplicada ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos sentem e pensam. Dentro desta perspectiva, o processo é mais importante do que os resultados, não se busca a verdade única, explicações causais ou generalizações e os fenômenos são únicos do mesmo modo como são apreendidos e interpretados (MINAYO, 2008).

Nesse tipo de abordagem, a técnica comumente utilizada é a observação. Por meio dela, há contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabeleceu uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto (MINAYO, 2008).

A importância dessa técnica reside no fato de se poder captar uma variedade de

situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas exclusivamente, uma vez que, observados, diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real, incluindo coisas como a rotina do dia-a-dia de trabalho; a existência de grandes hostilidades e de simpatias e antipatias passageiras entre as pessoas; as maneiras sutis em que as vaidades e ambições se refletem no comportamento dos indivíduos e nas reações emocionais do que o rodeiam; e entre outros (MINAYO, 2008).

Para o estudo da subjetividade proposta, o método² da cartografia foi utilizado nesta pesquisa. A cartografia é um método formulado por Gilles Deleuze e Felix Guatarri que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Vem sendo utilizado em pesquisas interessadas pelo estudo da subjetividade.

É um método que não tem como característica seguir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Busca-se construir o processo caso a caso, procurando descrever, construir e coletivizar a experiência do cartógrafo (KASTRUP, 2007).

E, conforme o caminho é construído e vivenciado, a cartografia se configura como uma das possibilidades de registro de investigação mais adequada para ser usada, que busca circunscrever um plano coletivo de sentidos, sistemas de signos que não desenham uma identidade, mas ao contrário, permite detectar os elementos de processualidade do território em questão. Pode se efetivar por meio de vivência institucional, entrevistas, construção de um diário de campo, questionários, fotografias e confrontação da validação dos resultados com o coletivo de trabalhadores (FERREIRA, 2009).

As atas das reuniões do CMSAFC foram uma das fontes de pesquisa utilizadas ao longo dessa pesquisa. Foram páginas e páginas de decisões, debates, idéias e procedimentos adotados, registrados e documentados, que vieram a constituir a pesquisa documental realizada.

² A caracterização da cartografia como método é questionável, visto que a rigor, a mesma se enquadraria menos como método e mais como anti-método, visto que cada cartografar implica em uma singularidade

Uma primeira ressalva a ser destacada refere-se ao termo “Pesquisa Documental”. Para Menandro e Rodrigues (2007), o termo é ainda mais amplo que “análise documental”, e designa um processo ou seqüência de procedimentos que inclui: a) localização do material documental; b) seleção de elementos relevantes para a investigação; e c) organização das informações (classificações ou categorizações temáticas, por exemplo, como foi feito nesse trabalho). Este último passo do processo precisa ser confrontado com dados de outras modalidades, sempre dialogando com a literatura sobre o tema da investigação.

As atas, juntamente com outros meios documentais, são citadas por Menandro e Rodrigues (2007) como materiais que recentemente passaram a ter o mesmo peso de outras fontes de informações, podendo ser tomadas como indicadores indiretos de comportamentos. Neste trabalho, houve o que os autores citaram como “convergência de fontes de informação”, pois a pesquisa documental feita ocorreu de forma concomitante às entrevistas realizadas com os Conselheiros, bem como à observação in loco.

[as atas, dentre outros] podem ser utilizadas por pesquisadores interessados em processos psicossociais, ainda que algumas vezes sua utilidade pressuponha obtenção concomitante de dados de outra natureza, em procedimento de reunir informações distintas cujo foco seja um mesmo processo sob estudo, o que permite complementar, problematizar e até corrigir o quadro geral dos dados. Tal procedimento poderia ser descrito como de convergência de fontes de informação. (MENANDRO E RODRIGUES, 2007, p. 156)

O material informativo – no caso, as atas, podem ser descritas, conforme os mesmos autores, como material textual, ressaltando-se que a diferença entre elas e as entrevistas é que as primeiras não são produzidas por indução direta, de acordo com objetivos de pesquisas específicas, tal como ocorre em entrevistas. São fontes “estáveis” de informações, podem ser re-examinadas, cobrindo longo espaço de tempo e muitos eventos num só material.

4.1.1 Conceituando a Cartografia

A cartografia é uma prática que visa o acompanhamento de um processo em curso, oferecendo-se para acessar tudo o que força a pensar, dando-se ao pesquisador, a possibilidade de acompanhar tudo o que não se curva à representação. Tratando-se

de uma invenção que somente se torna viável pelo encontro fecundo entre pesquisador e o campo de pesquisa, onde é construído o material de pesquisa e não coletado, tornando o pesquisador um sujeito da pesquisa e o levando a pensar e a ver diferente o seu material a ser coletado (AMADOR e FONSECA, 2009).

Para Romagnoli (2009, p. 169),

[...] a cartografia é um método, pois não parte de um modelo pré-estabelecido, mas indaga o objeto de estudo a partir de uma fundamentação própria, afirmando uma diferença, em uma tentativa de reencontrar o conhecimento diante da complexidade.

Em tal prática, o objetivo do cartógrafo é acompanhar os movimentos, perceber entre os sons e imagens a composição e descomposição dos territórios, como e por quais estratégias se criam novas paisagens (MAIRESSE e FONSECA, 2002).

Cartografar não é desenhar uma realidade como num mapa, a cartografia é uma produção de sentidos que se faz à medida que se produzem outros sentidos, relato provisório de uma viagem, viagem de intervir\pesquisar (ROLNIK, 2006).

Romagnoli (2009, p. 171), afirma que:

Cartografar é mergulharmos nos afetos que permeiam os contextos e as relações que pretendemos conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe a estudar.

Para Kastrup (2007), o trabalho do cartógrafo exige quatro variedades do funcionamento atencional que fazem parte do seu trabalho: os rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.

O rastreio se caracteriza em entrar em um grupo que conhece o alvo a ser perseguido, localizando as pistas, de signos e processualidade. Busca também acompanhar mudanças de posição, de velocidade, de aceleração, de ritmo. O toque visa construir um conhecimento dos objetos, a partir de fragmentos sequenciais para que obtenha um resultado de conhecimento dos objetos a serem estudados. O pouso indica a percepção, seja visual, auditiva ou outra. Nesse momento um novo território se forma, o campo de observação se reconfigura e por fim o

reconhecimento automático tem como base e como alvo a ação. Reconhecer o objeto e servir-se dele (KASTRUP, 2007).

Assim, a cartografia tem a sensibilidade suficiente para captar a realidade da produção do cuidado no seu formato mais próximo do real, adentrando a multiplicidade do cuidado em saúde (FRANCO, et. al, 2009).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo foi o município de Afonso Cláudio-ES, tendo como enfoque o Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC). Atualmente, o número de habitantes desse município é 31.018 (IBGE, 2011). Afonso Cláudio está localizado na Região Centro Serrana do Espírito Santo. O meio de acesso ao Município é pela BR 262 através da Rodovia "Sebastião Alves de Lima". O principal segmento da economia do município é agricultura. Seu principal produto é o café. Um capítulo à parte, apresentado a seguir irá tratar a respeito da caracterização do município.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Em se tratando de um estudo cartográfico, houve a observação e análise dos fluxos inerentes ao processo grupal que compreende as reuniões mensais do CMSAFC, o que envolve o estabelecimento de uma teia de relações entre conselheiros titulares e suplentes, usuários, técnicos, gestores, pesquisadores e população em geral.

Para o processo de entrevistas, foram selecionados 6 conselheiros titulares que frequentaram as reuniões, por considerarmos que os mesmos tem direito à voz e voto, tomando como critério de inclusão a representatividade obrigatória de todos os segmentos e a adequação ao objeto de estudo.

Os conselheiros participaram das entrevistas após assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresentou todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996b).

4.4 PROCESSAMENTO DO ESTUDO

A coleta de material para o processamento do estudo se deu por meio de análise documental, entrevista semi-estruturada (Apêndice A) e observação, contemplando-se, nestes aspectos, a cartografia.

Para subsidiar a análise documental, foram tomadas como manifestação oficial do Conselho as atas e resoluções. As deliberações do CMSAFC foram processadas em categorias, segundo a competência dos Conselhos de Saúde. Os documentos foram obtidos por meio de cópias reprografadas diretamente na secretaria do Conselho.

As entrevistas foram registradas através de gravação em áudio, transcritas na íntegra e autorizadas pelos participantes, além de que os textos passaram por pequenas correções lingüísticas, porém, não eliminando o caráter espontâneo das falas. Realizou-se ainda um diário de campo onde foram transcritas as observações realizadas in loco.

A abordagem da cartografia exigiu que se entrasse no território a ser pesquisado. A coleta foi construída desde o primeiro contato com a Secretaria Municipal de Saúde, para fins de autorização do estudo. A imersão se estendeu aos espaços em que se deram as reuniões mensais, através de observação.

Durante todo o processo de estudo, participei da construção do conhecimento com minhas percepções, conhecimentos, vivência, experiência, cotidianidade e também com a compreensão que tenho das estruturas de trabalho. Assim posto, tornaram-se miscíveis, visto que, “[...] a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis” (MINAYO, 2008, p. 28).

Os materiais coletados nesse processo são referentes aos aspectos normativos e legais do Conselho, sobre o estado sanitário da população, a participação no planejamento, pois estes se constituem como instrumentos que direcionam a institucionalização do Conselho como espaço democrático e participativo.

4.5 ANÁLISE DO MATERIAL

Para melhor apresentar os processos metodológicos realizados durante a análise documental, as deliberações do CMSAFC foram categorizadas e analisadas, segundo a competência dos Conselhos de Saúde.

O material foi analisado quanti-qualitativamente, não havendo procura exclusiva de enumerar ou medir os eventos estudados; se, por um lado, houve a preocupação em categorizar, fazer uso da estatística descritiva com distribuição de frequências, por outro houve o cuidado de se obter, por meio de observação e entrevista, dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995, p. 58).

Recorreu-se à transcrição das entrevistas e ao diário de campo para proceder à análise em si. Foram selecionados trechos relevantes e carregados de significado, de acordo com os tópicos constantes na entrevista semi-estruturada, que representassem as ideias de inserção, participação/ funções, divulgação/ educação em saúde e desafios do Conselho.

Foram analisadas as atas e resoluções com deliberações do CMSAFC referentes ao período compreendido entre 31 de março de 2010 e 31 de março de 2011, devido ao fato de ser início de gestão do novo conselho. Durante este período, iniciou-se a homologação das resoluções a partir de 24 de junho de 2010, quando foram efetivadas 42 resoluções, sendo 8 não homologadas e 34 homologadas.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada em consonância com as recomendações da Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996b), do CNS para Pesquisa Científica em Seres Humanos e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, do

Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, com aprovação em dezembro de 2010, sob o número 286/10 (Anexo 2).

Todos os conselheiros municipais foram esclarecidos sobre a natureza acadêmica deste estudo e seus objetivos, aceitando assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado no Apêndice B. Todo o custo da pesquisa foi financiado pela pesquisadora.

Houve acordo para que os resultados encontrados fossem disponibilizados à Universidade Federal do Espírito Santo/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e à Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio (PMAFC), assim como submetidos no formato de artigos para submissão em periódicos da Área de Saúde Coletiva, após a conclusão do estudo.

5 O MUNICÍPIO DE AFONSO CLÁUDIO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O Espírito Santo é um expressivo protótipo das inesgotáveis possibilidades para o turismo que o Brasil representa do mundo. Possui um patrimônio natural de inesgotáveis sugestões, desde os 400 Km de litoral com suas suaves brisas até as regiões serranas com o mesmo clima ameno encontrado na Europa.

O Estado localiza-se a leste da Região Sudeste e integra com os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo a chamada Faixa de Desenvolvimento da Região Sudeste. Alguns dos principais portos do Brasil estão no Espírito Santo, tais como Vitória, Tubarão, Ubu, Capuaba. Seu complexo portuário é considerado um dos mais eficientes do país, escoando produtos do estado e do outras regiões. Vitória, por ter um porto bem equipado e preços competitivos, se tornou a principal porta de entrada de veículos no mercado brasileiro.

Nesse contexto regional insere-se o município de Afonso Cláudio que está localizado na microrregião sudoeste serrano, compreendendo uma área de 954,656 km². Segundo a Divisão Regional do Espírito Santo, Afonso Claudio integra a Região Sudoeste Serrana - 4. Sua divisão político-administrativa é constituída por 7 distritos, a saber: Afonso Claudio, Fazenda Guandu, Ibicaba, Piracema, Pontões, São Francisco Xavier do Guandu e Serra Pelada (NOÉ, 2011).

O município integra a microrregião Sudoeste Serrana, formada por sete municípios: Domingos Martins, Venda Nova do Imigrante, Afonso Cláudio, Marechal Floriano, Conceição do Castelo, Brejetuba e Laranja daTerra. Antes de se emancipar, Afonso Cláudio fez parte de três municípios, sendo eles na ordem, Cachoeiro de Itapemirim, Serra e por último Santa Leopoldina, perdurando assim até 20 de janeiro de 1891 (NOÉ, 2011).

As primeiras colônias que se instalaram na região em 1873, vindas do Rio de Janeiro e Minas Gerais, instalaram-se às margens do Córrego Três Pontões. Em seguida, algumas famílias vieram de Minas e se instalaram no local hoje conhecido como distrito de Serra Pelada. No ano de 1877, o povoado era composto por 20

casas, uma capela e o cemitério, até que a população mudou-se para as margens do Rio Guandu, devido a uma forte seca (CAMATA, 2011).

Em 1886 novas famílias foram para o povoado, o arraial foi transformado em distrito em 1888 e, em 1890, transformado em vila. Em 20 de janeiro de 1891, o município de Afonso Cláudio foi emancipado. O nome Afonso Cláudio se deu em homenagem ao jurista Afonso Cláudio de Freitas Rosa, que foi o primeiro governador do Estado de regime republicano e nasceu na região. Em 1907 a vila passou à categoria de cidade (CAMATA, 2011).

Os dados socioeconômicos relativos ao município foram obtidos a partir de pesquisa nos sites do IBGE (www.ibge.gov.br). A população total, segundo o Censo 2010 do IBGE, é de 31 086 habitantes e uma densidade demográfica de 32,56 hab./km²

Afonso Cláudio é um município brasileiro do estado do Espírito Santo. Possui atualmente, a maior concentração urbana de toda a região serrana do estado do Espírito Santo (IBGE, 2011). É também o maior centro econômico da região, seguido por Venda Nova do Imigrante e Domingos Martins. Afonso Cláudio possui a sede do Sindicato Rural dos Trabalhadores de Afonso Cláudio, Laranja da Terra e Brejetuba. Antes da emancipação de Brejetuba, Afonso Cláudio era o maior produtor de café de todo o Brasil. Afonso Cláudio é uma cidade de porte médio, e até o presente momento é o principal centro econômico e político de toda a região Serrana do Espírito Santo (CAMATA, 2011).

A economia praticada no município é baseada na produção agrícola e agropecuária. Destaca-se também o turismo, que se constitui numa vocação natural da região. Trata-se de um turismo de montanha, especificamente o agro turismo, voltado para atrativos climatológicos, ambientais e todo bucolismo do mundo rural e suas raízes da colonização européia (NOÉ, 2011).

Quanto à preservação ambiental, destaca-se o Consórcio Santa Maria/Jucu, cujo objetivo é apoiar os municípios locais na conservação das nascentes de rios e na implementação de outras práticas de conservação ambiental (NOÉ, 2011).

Neste contexto regional, Afonso Claudio destaca-se no agro turismo de negócios e a Eco estação, a primeira estação ecológica do Brasil para recuperação de rios e

lagos. Tem como principais atividades econômicas a cafeicultura, pecuária leiteira e olericultura (NOÉ, 2011).

O perfil epidemiológico do município de Afonso Cláudio se caracteriza por agravos incidentes e prevalentes na população, como: doenças do aparelho circulatório, doenças crônico-degenerativas com destaque para as neoplasias, causas externas e outras causas, que incluem as doenças dos demais sistemas do organismo (respiratório, digestório, etc.).

O município pertence a Microrregião de Saúde de Vila Velha/Venda Nova do Imigrante, Macrorregião de Saúde Centro e Regional de Saúde Superintendência Regional de Vitória. No ano corrente, através da Lei Municipal Nº 1.830/2009, instituiu o Fundo Municipal de Saúde desta municipalidade.

A seguir a figura 1 e 2 apresentam foto do município e o mapa da região.



Figura 1 - Foto ilustrativa do município

Fonte: <http://www3.afonsoclaudio.es.gov.br/site/index.php/municipio>



Figura 2 - Mapa do Município, situando o município em relação à região metropolitana da grande Vitória.

Fonte: <http://www.vitoria-esbrasil.com/index.php?option=comcontent&view=article&id=438%3Apontos-turistico&catid=175%3Aafonso-claudio&Itemid=525>

O atual prefeito da Cidade é o Senhor Wilson Berger Costa - PSB (IBGE, 2011).

6 PARTICIPAÇÃO SOCIAL VIA CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

EM AFONSO CLÁUDIO³

Criado pelo Artigo 158 da Lei Orgânica Municipal, regulamentado pela Lei nº 1.235/91 de 22/07/1991, com as alterações instituídas pela Lei nº 1.575/00 de 06/09/2000, o Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio – CMSAFC é composto por 12 Conselheiros Titulares e 12 Suplentes, e teve suas atribuições conferidas e reestruturadas conforme o Artigo 2º da Lei Municipal nº 1.717/06 de 22/05/2006.

Imergi no CMSAFC e em tudo que se referisse ao mesmo. Descobri que o município enxerga o CMSAFC como uma porta para a participação social. Tal visão é evidenciada pelo material de divulgação, que afirma que o fortalecimento do Controle Social no Sistema Municipal de Saúde proporciona plena participação da sociedade no SUS através do Conselho Municipal de Saúde. Ao citar o caráter deliberativo que os conselheiros possuem, é destacada ainda a atribuição da responsabilidade de cada membro com a gestão das políticas de saúde.

É reafirmado ainda o papel do usuário, que deixa de ser apenas usuário e passa a exercer o papel de agente de transformação, da melhoria da Saúde tendo oportunidade de participar dentro de um projeto democrático, onde discutem e opinam junto ao Governo ações e melhorias da Saúde a serem desenvolvidas.

As reuniões têm duração média de uma hora e meia, e nesse tempo, há leitura de ata da reunião anterior, retificações, discussões; muitas vezes, deliberações não ocorrem e, ocasionalmente, são feitos encaminhamentos na forma de ofícios, visitas, etc. e outras.

A percepção dos membros acerca de seu papel também tem passado pelo caráter deliberativo e consultivo, em detrimento do fiscalizador, corroborando com os achados de Oliveira e Almeida (2009).

³ Este capítulo subsidiou a criação do artigo (Apêndice D) “Fluxos rizomáticos do Conselho Municipal de Saúde de uma cidade do interior capixaba: cartografia de uma participação social”, submetido à revista “Ciência e Saúde Coletiva” (Anexo 4) .

Diante de tais evidências, como proceder para descrever a análise dos fluxos rizomáticos evidentes em minhas idas e vindas ao Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio? Como cartografar, senão imergindo na cena, no território, e tornando-me parte também deste fluxo de “riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio”?

6.1 COM A PALAVRA OS CONSELHEIROS⁴

“[...] parece até que nós fizemos um PACTO. [...] Eu estou vendo a participação efetiva. (USUÁRIO 2) [grifo meu]

Pacto, palavra forte, que define laço firmado entre partes, atrelado à idéia de aliança. É assim que um Conselheiro do segmento de usuários definiu a atuação dos membros do CMSAFC. Mais que uma filiação, o que tal conselheiro evidenciou é a existência de uma atuação pautada na idéia de **rizoma**, tal como postulam Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995):

A árvore é filiação, mas o rizoma é **aliança**, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo "ser", mas o rizoma tem como tecido a conjunção "e... e... e..." Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. [grifo meu] (DELEUZE, G; GUATTARI, F, 1995, anverso da capa)

A participação nas reuniões do CMSAFC, desse modo, pode permitir a criação de fluxos de intensidades diversas, afetos que se interpenetram, se inter cruzam, em várias direções, de forma rizomática. Tal movimento pode se dar no sentido de fortalecimento ou enfraquecimento. O que faz pender para um lado ou outro, ou se mesclar entre ambos, são os afetos, os devires.

E, para proceder a esta análise, trabalhei com temas que permitissem uma imersão no território de ação dos conselheiros, de modo que pudesse captar suas percepções acerca de sua inserção, participação e funções, ações e atuações de si mesmos e do Conselho propriamente dito, bem como dos modos de divulgação e

⁴ Torna-se necessário esclarecer, inicialmente, que o título a que se refere este tópico de discussão numa leitura superficial, não faz juz à análise aqui tecida, pois, se tomada ao pé da letra, remete ao dito, ao explícito, ao falado. No entanto, o que será objeto de análise neste item transcende tal nomeação, se afunila na relação desse dito com o não dito, por meio da análise de dispositivos existentes na organização, tais como relações, estruturas, atitudes, documentos etc.

educação em saúde e principais desafios.

Será apresentado, neste capítulo, um recorte singular, de seleção de aspectos em que me vi implicada, em que as pulsações percorreram o conteúdo de todo o material coletado e fizeram, por si, a escolha do que, por fim, está descrito aqui.

Inserção como Conselheiro

A fim de efetivar, de forma concreta, sua função regulamentadora, as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos (BAREMBLITT, 2002). Os Conselhos são organizações, instituições em sua forma materializada e, como tais, são constituídos por membros - Conselheiros. Inserir-se, sentir-se parte, enraizar-se, entremear-se... são faces da inserção como Conselheiro no CMSAFC. Torna-se necessário esclarecer que os membros do Conselho devem ser escolhidos pelos seus pares e que o Executivo só pode escolher os membros que forem representantes da administração (BRASIL, 2011, p.19).

Desse modo, o Presidente, Governador ou Prefeito atuam na nomeação, particularmente, e não diretamente na escolha ou indicação dos membros. É também fato que nem sempre ocorre desse modo, e muitas vezes as entidades de cada segmento ficam alheias à escolha.

A resolução nº 333/2003 - diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde - não explicita a forma de organização para indicação do conselheiro, dando a cada segmento ou entidade certa autonomia para condução da indicação:

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos e entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

Assim, o que ocorre é que, normalmente, são promovidas assembleias específicas para fins eleitorais, normalmente durante Conferências ou após o término das mesmas. STRALEN, et.al (2006) afirma que o acesso ao Conselho acaba se

tornando bastante seletivo, dado que os delegados também são restritos pelos regulamentos das próprias Conferências. Ora, uma incoerência? Vejamos o que ocorre no CMSAFC.

Por um lado, há a escolha do membro para compor o Conselho. Por outro, a aceitação e conseqüente inserção desse Conselheiro que virá integrar o corpo representativo. De todo modo, há um processo de inserção que ocorre de forma particular a cada membro e, nesse tópico, discuto como esse momento foi vivido por alguns deles.

No caso do CMSAFC, as escolhas ocorreram, em grande parte, por indicação e votação, não necessariamente por parte dos segmentos representativos, como evidenciado nas falas dos membros a seguir:

O Hospital me indicou. (PRESTADOR)

O presidente [da entidade] entendeu que deveria ser eu. (USUÁRIO 2)

Em uma reunião onde ia ser escolhido uma nova diretoria eu fui indicado para ser um dos conselheiros a representar os usuários. (USUÁRIO 1)

Foi através de votação.(PROFISSIONAL)

Fui indicada, fui na reunião, na eleição. (USUÁRIO 3)

Para o membro escolhido, não houve a percepção da retirada do caráter representativo, por meio da indicação alheia ao segmento, pois grande parte deles se sentem realmente representantes. Além disso, mesmo não tendo sido legitimados por sua categoria para a composição, sentem-se imersos de tal forma que sua identidade enquanto Conselheiros se reforça muito mais pelos atributos de ajuda, colaboração e contribuição do que pelo de representação.

Aceitei com a intenção de tentar estar **ajudando** a ver quais são os anseios da sociedade, para tentar melhorar a saúde de nosso município. (GESTOR)

Aceitei porque é um papel importante, como estar fiscalizando, **colaborando** para o crescimento do SUS e o avanço da saúde, dando a minha **contribuição** como cidadão. (PROFISSIONAL)

Aceitei até mesmo porque conheço situações, e que pouca coisa foi modificada e eu gostaria de dar minha parcela de **contribuição** pra comunidade porque realmente eu faço uma pesquisa, eu converso muito com a comunidade e achei que eu podia levar algo de valor importante... (USUÁRIO 2) [grifo meu]

Ajudar, colaborar, contribuir, para enfim transformar, melhorar, modificar. No

CMSAFC, a potência, no sentido institucional do termo, está aí, na capacidade de produzir, transformar, designando a magnitude de forças geradoras de transformações (Baremlitt, 2002, p. 163)

É de saltar aos olhos a ausência de envolvimento da população, que poderia articular-se de formas variadas para ter representatividade efetiva, que dê identidade coletiva ao membro escolhido. Tal fato não exclui a característica peculiar dos membros do CMSAFC, de sempre analisarem suas implicações acerca de seu fazer, o que é explicitado no item seguinte.

Participação e Funções: Conselhos e Conselheiros

Tornar-se parte, pertencer, ter uma identidade; ser visto, ouvido, respeitado. Ao serem questionados acerca de participação e funções no CMSAFC, numa primeira vertente, há aqueles Conselheiros que se restringiram a refletir o que a legislação determina; outros se posicionaram e deixaram-se permear por uma sensação de pertencimento, de engajamento.

O caráter permanente e deliberativo do Conselho de Saúde, e suas atribuições ligadas à formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde, definidas em Lei, e ampliadas por resoluções, é citado com clareza por muitos Conselheiros, ao serem questionados acerca de seus papéis:

É fiscalizar a saúde no município e também deliberar, quanto aos recursos públicos que vem do MS e até os recursos próprios, a destinação que vai ser dada, então fiscalizador e deliberativo. (GESTOR)

Estar fiscalizando e monitorando as ações da saúde no município, para que isso desenvolva dentro da legalidade e para o crescimento da saúde no município. (PROFISSIONAL)

Papel importante nas deliberações de projetos. (USUÁRIO 1)

Há evidências de conhecimento acerca de seu fazer, e também acerca da necessidade de se reformularem as relações entre os diversos atores envolvidos, desde gestores até usuários, tal como postulado por STRALEN et al (2006), e demonstrado na fala dos entrevistados:

É ajudar na melhoria da saúde, ouvindo o usuário os pacientes as pessoas, às vezes visitando as unidades. A gente encaminha essas reclamações para os órgãos competentes, ajudando assim a melhorar o serviço na saúde. (USUÁRIO 3)

Fiscalizar, planejar, fazer estruturar as ações você junto com seu gestor, planejar aquilo que vai fazer em saúde dentro do seu município. Não é só fiscalizar, tem que tá ali realmente para ajudar a desenvolver ações para serviço do município pensando sempre no bem estar e na qualidade do serviço para os munícipes.(PRESTADOR)

Nós temos o poder de fiscalização e de deliberação. Fiscalizar tudo o que envolve dinheiro. (USUÁRIO 2)

Nesta segunda vertente, no que se refere à definição de papéis, cabe discutir, primeiramente, o que, para Barbier, expressa a implicação:

engajamento pessoal e coletivo (...), em função de sua história familiar e libidinal, e suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato (BARBIER, 1985: p. 120).

Tendo sua história ligada à história do próprio município, e uma relação tal com a sociedade que os fazem engajados de forma estruturante, grande parte dos Conselheiros do CMSAFC se define no interstício do projeto comum social e do próprio projeto de vida, numa forma de pertencimento e engajamento peculiar.

Esse fazer-se Conselheiro é constantemente revisitado nas reuniões, em que se pode perceber questionamentos acerca das práticas rotineiras de deliberações e estabelecimento de diretrizes e ações em saúde do município, muitas vezes paradoxal. Em alguns momentos, o CMSAFC deliberavam confiantemente, certos de seu papel e função; em outros, afrouxavam e acirravam as fronteiras do poder, dando lugar ao descrédito.

Trata-se de um movimento que o institucionalismo descreve como embate entre as forças instituintes e instituídas; nesse caso, quando o instituído prevalece, há uma espécie de imposição, por meio da centralidade do poder, do saber, do prestígio, etc. Na imersão das forças instituintes, por outro lado, há a possibilidade de criação, de novos agenciamentos, arranjos. Traduz-se na liberdade das subjetividades, que pulsam, desejantes (Baremblytt, 2002).

Deleuze e Guattari (1996) citam tal embate afirmando que as instituições são transversalizadas e atravessadas por embates constantes de forças de produção e reprodução, moleculares e molares, entre processos instituídos e instituintes. Os

instituídos têm sentido de aprisionamento do processo vital, enquanto os instituintes se constituem como forças de criação, de potências do viver.

Este fato pode ser ilustrado por uma situação em particular, que ocorreu numa das reuniões mensais. Geralmente, são apresentados projetos ou pactuações com o Estado e União, a fim de se obter aprovação ou encaminhamentos acerca dos mesmos. Nesse caso, há a exigência implícita de que a explanação dos mesmos seja feita por técnicos que tenham participado da elaboração de tais projetos, e que haja a discussão pelos membros do Conselho. Nesta situação, ocorreu que houve a sugestão, por parte de um Conselheiro, de que o projeto fosse aprovado e que o estudo do mesmo se daria por um dos membros, somente, em virtude da urgência de se atender o prazo de envio de tal projeto. É legítima tal decisão? De fato, não conta com a efetiva participação e com o consenso dos sujeitos sociais próprios do processo democrático de formulação da potencial política proposta.

Há formas diversas de se explicar tal fato. Primeiramente, o poder do saber, o conhecimento teórico-científico – ou a falta dele – como um dificultador de participação, como descrevem Wendhausen e Caponi (2002). Diante de um discurso competente, abafam-se as vozes contrárias e, pior, os instrumentais de viabilização de um espaço potencialmente democrático de discussão. Pode-se falar, ainda, de que nesse momento o que o Conselheiro faz é uma análise de sua prática, análise de implicação, colocando em xeque os lugares instituídos de saber/poder, muitas vezes ocupados de forma tão naturalizada.

No embate e em direção contrária a tal decisão, eis que um dos Conselheiros questiona seu papel e dos demais membros, sugerindo, de forma exacerbada, a extinção do conselho, alegando a falta de “prestígio” nas decisões, muitas vezes “desconsideradas”. Tal postura, em primeiro momento, grosso modo, pode ser vista enquanto atitude rebelde, extremista; mas, ao final, se mostrou como produtora de novos espaços: o próprio Conselheiro sugere modificações em tal procedimento, e a plenária delibera por enviar um ofício à Secretaria de Saúde e ao Prefeito, estabelecendo a necessidade de que projetos sejam enviados com antecedência para aprovação, sob pena de não serem votados. São os ditos agenciamentos ou dispositivos, e, nesse caso, trata-se de um momento peculiar:

É uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que a gera são imanentes entre si (BAREMBLITT, 2002, p. 135).

Exemplo claro de movimento, de tensão, que ora gera motivo de descrença, desmobilização, ora gera possibilidade de transformação. Para Barembritt (2002), os indivíduos nem sempre rompem com as regras sociais, sucumbindo aos seus desejos, pelo fato de se submeterem ao discurso institucional, deixando, assim, de constituir uma subjetividade instituinte.

A participação, nesses casos, estaria restrita e não poderia ser levada à sua intensidade maior. Para Tatagiba (2002, p. 47), o Conselho Municipal de Saúde, enquanto Conselho Gestor, é um espaço que propicia a participação mas, muitas vezes, a sociedade deixa de exercer tal papel, e fica a lacuna: fiscalização e controle fogem de seu alcance, e permanecem mais próximas ao Estado:

A sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando mais próxima do Estado, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos. Esses mecanismos de participação obrigariam o Estado a negociar suas propostas com outros grupos sociais que circulam em torno do poder estatal e costumam exercer influência direta sobre ele. Esperava-se ainda, que a participação tivesse um efeito direto sobre os próprios atores que participavam, atuando, assim, como um fator educacional na promoção da cidadania.

Carvalho (1995, p. 104), afirma que

Nada há, na história do Estado Brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais.

No entanto, tal representatividade e gama de atribuições e poderes não se manifesta de forma igualitária entre os Conselhos. Há formas particulares de atuação e há autores que apontam que há peculiaridades conferidas, inclusive, em nível local, muitas vezes ligada à dinâmica política da região. Tal fato explicaria as diferentes formas de participação e a oscilação das mesmas, em diferentes lugares, como, por exemplo, nas cidades do interior, caso do CMSAFC (PERISSINOTTO, 2002).

A participação é vista, pelos Conselheiros, como atrelada à idéia de desempenho, partilha, democracia, em que há multiplicidade em jogo:

É um conselho muito bem estruturado e com uma participação muito boa, de conselheiros com conhecimentos, com desempenho muito bom daquilo que assumiu perante o município. (USUÁRIO 3);

Participação que eu entendo é você realmente está partilhando junto com o gestor municipal, com os conselheiros. (PRESTADOR);

É um movimento democrático onde ele visa o benefício de um modo geral que vem fazer bem a toda a população. (USUÁRIO 1);

A multiplicidade é um dos princípios do rizoma, tal como propõem Deleuze e Guattari (1995), no sentido de se substantivar, de se distanciar do sujeito e do objeto, a fim de constituir como determinação, grandeza ou dimensão que “não pode crescer sem que mude de natureza”, tal como os fios de uma marionete. Não há remissão de vontade a um operador, ou a uma unicidade, mas há uma espécie de trama, em que as dimensões se interconectam, e a multiplicidade reside aí.

A multiplicidade da trama nos fluxos rizomáticos do CMSAFC pode ser vista diante de uma participação popular enquanto prática social que envolve associações, comitês, fóruns, conselhos, sindicatos, partidos, movimentos e organizações, dentre outros mecanismos, nos diferentes níveis de organização do Estado e nas diferentes áreas de atuação, o que se traduziria em participação, conforme define Arouca (1987, p.15).

Borja apud Jacobi (2000, p. 28) compartilha dessa visão, ao afirmar que a participação é exatamente esse encontro entre as diversas instituições representativas, partidos e administração e, por outro, os movimentos e organizações sociais, no sentido de articular o contato cidadãos-instituições estatais.

Cabe ressaltar as visões da participação como inserção política e processo de conquista em permanente construção. (VALLA e STOTZ, 1989; DEMO, 1998). Habermas (1997) destaca ainda o fato de que é imprescindível, além da própria participação, a motivação para participar, sem a qual há risco de desmobilização.

A atuação do Conselho, para ser plena, não depende única e exclusivamente dos membros do Conselho; Stralen (2006) afirma que, dentre os vários fatores que interferem na modalidade de atuação, estão o regimento interno, a condução da reunião, o processo de tomada de decisão, etc, Os Conselheiros, ao serem questionados sobre a atuação do Conselho, trouxeram para si esta responsabilidade, de forma compartilhada com a legislação existente e infra-

estrutura:

O Conselho de Saúde é um dos mais atuantes do município de Afonso Cláudio. Está sempre acompanhando todas as ações da Secretaria de Saúde. As denúncias que são levadas para o conselho, todas são apuradas. (GESTOR)

Tem estabelecido uma melhora a cada ano, buscando conhecimento, buscando estar atuando dentro das normas dos conselhos, baseado no estadual. A gente tem buscado capacitações e aprendendo a cada dia para o bom funcionamento do nosso conselho. (PROFISSIONAL)

Divulgação e Educação em Saúde

As ações do CMSAFC, como já dito, nem sempre são publicadas, oficializadas, homologadas. Muito do que é debatido, discutido, fica no registro pessoal, na memória dos participantes e, algumas vezes, se entorna em discussões despreziosas e informais no dia-a-dia da cidade.

Elas ainda não são muito bem divulgadas não (GESTOR)

Por ser uma cidade menor, a gente acaba levando essa informação para os profissionais pessoalmente. (PROFISSIONAL)

O conselho... são resoluções né. E você manda para o secretário. É... e não se divulga. É uma das falhas que eu já estou falando, que nós devíamos estar fazendo. Já devíamos há muito tempo, de estar prestando contas a comunidade. Mas não se preocupe com isso não... A divulgação na comunidade é zero. Vou fazendo a divulgação boca a boca, vou falando com um, vou ao banco, vejo qualquer coisa que o sujeito vem reclamar, vai denunciar, é pessoal, muito pessoal. (USUÁRIO 2)

Elas constam nas atas, no caso de alguma denúncia, elas são encaminhadas aos órgãos competentes, então esses órgãos tomam conhecimento das decisões do conselho. (USUÁRIO 3)

Eu sei que são através de resoluções e colocadas em mural. Até hoje eu não participei ainda de uma divulgação maior. Não existe assim uma divulgação (com o segmento). (PRESTADOR)

Cohn, Elias e Jacobi (1993) evidenciaram, em seus estudos, que tal fato é comum, visto que a relação entre representantes e representados:

[...] dá-se, na maioria dos casos, através de uma teia complexa de relações informais. Em outras palavras, o boca a boca, a vizinhança, os companheiros dos movimentos, da igreja, ou da sociedade amigos de bairros, formam os canais regulares de comunicação entre o representante e a população (COHN; ELIAS; JACOBI, 1993, p. 92).

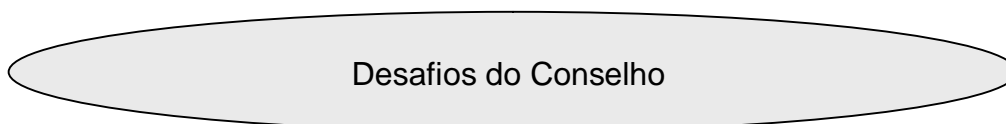
Ainda assim, é possível dizer que há uma rede informal já estabelecida de

multiplicidades, de interações, em que se entrelaçam percepções, idéias, conceitos, e se tece a realidade, diferente, a cada momento, num eterno devir, não necessariamente fechado em registros, papéis, etc. Um dos usuários cita uma inovação proposta: a de divulgar, oficialmente, as ações em outras instâncias, num outro distrito, a fim de construir uma rede de informações formal:

a gente tá fazendo reuniões nos maiores distritos da cidade prá tá divulgando o trabalho do conselho informando eles do papel do conselho, das nossas ações, da forma que a gente atua, de que forma eles podem estar tendo acesso ao conselho. Eu acho que esse trabalho de divulgação vai começar a partir de agora (GESTOR).

Para Deleuze e Guattari (1995), uma rede é formada por fluxos, misturas, conexões tendo sempre múltiplas entradas e saídas, tal como um rizoma. Um rizoma que, em geral, produz mais que um mapa que a toda hora está em mudança – na verdade, uma cartografia de territórios.

Esta ação vai ao encontro da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006b), que tem, como um de seus objetivos, desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o controle social.



Um dos maiores desafios que poderia encontrar o CMSAFC, assim como qualquer órgão da coletividade, tal como postula Barembritt, é o de superar a alienação de si mesmo. Para o autor,

os coletivos têm perdido, têm alienado o saber acerca de sua própria vida, o saber acerca de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam estas necessidades e estas limitações (BAREMBLITT, 2002, p.17)

Diante desse desafio, os conselheiros se mostraram cientes de parte das necessidades, desejos, demandas e limitações. Foram citadas situações relacionadas a:

a) Infra-estrutura (deficiência de pessoal)

Nosso maior desafio é com relação aos médicos do nosso município. Eu acho que um dos desafios é esse, a gente conseguir funcionários mesmo, médicos. (GESTOR)

O conselho tem um desafio muito grande (...) Encontra várias dificuldades para trazer médicos para a região e o conselho tem que estar atento a isso para não cometer nenhum ato ilícito (...), e a função é ajudar inclusive até a própria secretaria de saúde. (USUÁRIO 1)

O prefeito ta contratando muito pessoal de nível superior. Nunca vi isso em Afonso Cláudio. É muito interessante isso aí. Ele deve ter contratado 12 a 15 enfermeiras com nível superior. (USUÁRIO 2)

Essa questão do atendimento dos médicos. Os usuários reclamam muito do atendimento dos médicos. Tem pouco tempo pra atendê-lo, e devagarinho eu to tentando ajudar nesse sentido. (USUÁRIO 3)

b) Necessidade de formação constante e atuação efetiva

Os desafios do CMSAC é a busca desse aprendizado a cada dia mais. Estar fortalecendo o país que tem passado por problema de saúde geral que nem sempre se consegue exigir, fiscalizar e cobrar de acordo com a lei, porque a realidade que nós vemos hoje na saúde é bem diferente do que o que tá no papel. (PROFISSIONAL)

c) Demandas e anseios coletivos

Ver o SUS de fato como a gente quer, né. A administração investir mais no serviço de saúde do município. (PRESTADOR)

Eu acredito que um desafio porque está se implantando esse trabalho de prevenção, estão divulgando, estão distribuindo material de prevenção, estão fazendo um trabalho bom na saúde. (USUÁRIO 2)

Enquanto coletividades, os Conselhos – e aí se inclui o CMSAFC, precisam lançar mão de ferramentas de auto-análise e auto-gestão, a fim de que se rompa com a alienação, e que haja a garantia de que os cidadãos possam ocupar lugar de sujeitos de suas trajetórias, mas isso requer mudança de relações de poder e saber, um outro grande desafio.

6.2 ATOS DELIBERATIVOS⁵ DO CMSAFC

A processualidade dos fluxos do CMSAFC se dá de forma rizomática, e a identificação de tal aspecto pôde ser percebida, também, via atas e resoluções, tidas como deliberações, além do que foi evidenciado no capítulo anterior, acerca do Conselho e seus Conselheiros.

Rastrear, tocar, pousar e reconhecer o território: a cartografia vai se tecendo ao longo do trabalho e, neste trecho, pode ser evidenciada na análise dos atos deliberativos do CMSAFC.

6.2.1 Rastreio

A fim de mapear a processualidade das atas e resoluções, torna-se necessário o rastreio do território alvo de pesquisa. Trata-se do estudo das deliberações oriundas de tais instrumentos, dado que é por meio delas que se tem acesso a decisões anteriores do colegiado.

O SUS, como sistema voltado a identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e formular políticas para erradicar as desigualdades sociais que interferem neste ramo, executa ações de controle, fiscalização, execução de ações de saúde, dentre outras. O Conselho de Saúde, integrante desse processo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, e documenta suas ações por meio de atas e resoluções.

No período estudado, foram encontradas no CMSAFC 42 resoluções e 74 ações não homologadas em atas.

6.2.2 Toque

O toque visa construir um conhecimento dos objetos de análise, ou seja, neste caso em particular, conhecer as competências dos Conselhos de Saúde.

A competência dos Conselhos Municipais foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde - Resoluções nº 33, de 1992 (BRASIL, 1992) e nº

⁵ Para efetivação deste estudo, foi considerada deliberação toda decisão tomada pelo plenário do conselho, geralmente por votação, acerca das políticas de saúde, constante em atas e resoluções do CMSAFC.

333, de 2003 (BRASIL, 2003), que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 333, norma que trata das diretrizes para instituição, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde (STRALEN, et al, 2006).

A Resolução nº 33/1992 (BRASIL, 1992) recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Para estimular o seu efetivo funcionamento, recomenda reuniões pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos conselhos. (STRALEN, et al, 2006).

A Resolução nº 333/2003 (BRASIL, 2003) avança na mesma direção. Procura fortalecer a representatividade dos conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive através de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas.

Atualmente, todos os Estados e todos os municípios possuem Conselhos de Saúde, e estima-se que estes mobilizem quase cem mil conselheiros de saúde, dos quais parte significativa se reúne pelo menos uma vez por mês (STRALEN, et al, 2006).

As competências dos CS's envolvem ações que vão desde o planejamento, orçamento e movimentação de recursos financeiros, fiscalização, formulação de políticas de saúde, deliberações acerca de políticas e projetos, entre outras, até a ações de divulgação em saúde.

A Quinta Diretriz da Resolução 333/2003, itens I ao XXIV apresenta as competências dos Conselhos, na íntegra, e é apresentada a seguir:

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na

defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

Para fins deste trabalho, as deliberações do CMSAFC foram classificadas a partir do que estabelece a Quinta Diretriz, a fim de se proceder à análise dos fluxos conselho-conselheiros, no que se refere a ações deliberativas.

6.2.3 Pouso

Pousar, trazer à tona a percepção. Tal ação se deu por meio da estatística descritiva e distribuição de frequências das competências constantes em resoluções e atas, descritas na tabela a seguir:

TABELA 2 – Distribuição e freqüência das competências obtidas nas análises das resoluções, atas e deliberações do CMSAFC, 2010-2011

Competências		Resoluções		Atas		Deliberações	
		N	%	N	%	N	%
1	Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.	0	0	3	4,05	3	2,58
2	Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.	1	2,38	7	9,45	8	6,89
3	Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas CS.	0	0	0	0	0	0
4	Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores púb. e priv.	1	2,38	3	4,05	4	3,44
5	Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.	1	2,38	2	2,7	3	2,58
6	Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.	0	0	1	1,35	1	0,86
7	Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.	1	2,38	0	0	1	0,86
8	Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.	2	4,76	1	1,35	3	2,58
9	Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.	4	9,52	2	2,7	6	5,17
10	Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS.	0	0	4	5,4	4	3,44
11	Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.	6	14,28	3	4,05	9	7,75
12	Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes.	1	2,38	0	0	1	0,86
13	Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.	12	28,57	3	4,05	15	12,93

Competências		Resoluções		Atas		Deliberações	
		N	%	N	%	N	%
14	Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.	4	9,52	0	0	4	3,44
15	Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.	4	9,52	1	1,35	5	4,31
16	Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.	1	2,38	10	13,5	11	9,48
17	Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.	0	0	6	8,1	6	5,17
18	Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.	2	4,76	3	4,05	5	4,31
19	Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.	0	0	6	8,1	6	5,17
20	Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS.	0	0	3	4,05	3	2,58
21	Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.	0	0	2	2,7	2	1,72
22	Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.	0	0	6	8,1	6	5,17
23	Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.	2	4,76	0	0	2	1,72
24	Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.	0	0	8	10,8	8	6,89
Total		42	100	74	100	116	100

Fonte: Atas e Resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio; 2011.

A par da contabilização das frequências, estruturou-se os itens de análise em categorias que guardavam, entre si, similaridade temática, conforme a tabela a seguir:

TABELA 3 - Percentual de deliberações, por categoria de competências

CATEGORIA	ITEM	%
Formulação e Acompanhamento de Políticas , Programas e Projetos de Saúde	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 24	22,4
Planejamento e Orçamento de Recursos Financeiros	12, 13, 15	18,1
Fiscalização de recursos, irregularidades e denúncias	14, 16, 17	18,1
Organização e Administração do CMS, Conferências e SUS	2, 10, 18, 23	16,4
Articulação com outras instâncias, Contratos, Credenciamentos e Convênios	1, 11, 19	15,5
Divulgação e Educação Permanente em Saúde	20, 21, 22	9,5

6.2.4 Reconhecimento

Um novo território se forma, configurado a partir da categorização evidenciada no item anterior. Reconhecer o objeto e servir-se dele, tendo como alvo a ação, é o que se objetiva.

Num primeiro olhar, se analisadas as **resoluções** isoladamente, sem considerar as atas, há a impressão de uma atuação quase que exclusivamente burocrática, que se presta a atividades operacionais, administrativas e de cunho financeiro. Somando-se as frequências dos itens 9, 11, 13, 14 e 15 (mais expressivos), obtem-se um total de 71,41% de todas as resoluções, restando menos de 30% para as demais ações.

Uma análise mais detalhada, no entanto, deixa espaço para que se percebam ações de ordens diversas, diluídas em praticamente todas as competências listadas, quando incluídas as **atas** nesse procedimento.

A categoria de maior percentual observado (22,4%) na distribuição e frequência das

competências obtidas nas análises das **deliberações** (resoluções e atas) do CMSAFC foi a de Formulação e Acompanhamento de Políticas, Programas e Projetos de Saúde. Tal índice evidencia uma atuação pautada no estabelecimento de propostas de operacionalização, diretrizes, critérios, estratégias, planejamento, acompanhamento, numa perspectiva gestora, menos burocratizada, distanciando-se de ações meramente informativas, administrativas, facilitando a elaboração de políticas públicas com participação popular.

Por sua vez, o menor índice obtido na distribuição e frequência das competências foi o relativo a atividades de Divulgação e Educação Permanente em Saúde (9,5%, somente). É importante destacar que há, em nível nacional, uma Política de Educação Permanente para orientar os Conselhos de Saúde na formulação de suas Políticas e seus Planos de Ação (BRASIL, 2006b).

Esta política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e é precedida pelas Diretrizes para a Educação Permanente para o Exercício do Controle Social no SUS, atribuindo aos Conselhos um lócus de protagonização:

[...]a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) fortalece os conselhos de saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2006, p. 9).

Um dos objetivos propostos é o de “fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde como representantes da sociedade” (BRASIL, 2006, p.12)

Portanto, destaca-se a necessidade de implementar ações nesse sentido, dada a relevância de tais atividades e o baixo índice verificado. Para o CMSAFC, há ações planejadas nessa área, a exemplo das reuniões itinerantes de divulgação e educação, mas à época da pesquisa, ainda não haviam sido efetivadas.

Com relação à divulgação, é imprescindível que haja publicidade e visibilidade das ações, pois esses processos viabilizam o acompanhamento da implementação das deliberações, de forma plena, pela população.

A publicidade oficial das deliberações é dada perante homologação pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, como recomenda a Quarta Diretriz da

Resolução 333/2003 do CNS. No CMSAFC, somente as Resoluções que implicam na adoção de medidas administrativas da alçada privativa do gestor são homologadas, o que pode prejudicar a publicidade e visibilidade. Assim, por que não homologar as atas? Desse modo, como afirmam Gonçalves e Almeida (2002) e Vanderlei e Witt (2003), seria possível ultrapassar a formalidade e a burocracia, pois a publicidade poderia conferir ao colegiado o caráter de referência do controle social nas diretrizes da política de saúde do município.

As demais categorias - Planejamento e Orçamento de Recursos Financeiros; Fiscalização de recursos, irregularidades e denúncias; Organização e Administração do CMS, Conferências e SUS; e Articulação com outras instâncias, Contratos, Credenciamentos e Convênios, se distribuíram de forma bastante semelhante, em termos de índices, correspondendo a 18,1%, 18,1%, 16,4% e 15,5%, respectivamente.

As ações cotidianas envolvem, portanto, a aprovação de propostas orçamentárias e prestação de contas, no que se refere a planejamento, orçamento e execução de ordem financeira, bem como atividades voltadas para a fiscalização de recursos, irregularidades e denúncias; há ainda, rotineiramente, tarefas de ordem administrativa, com agendamentos, convocações, planejamento de Conferências, organização de normas e política de recursos humanos. Por fim, a integração é realizada por meio de articulações com outras instâncias, no estabelecimento de contratos, credenciamentos e convênios, de modo a promover o intercâmbio com entidades governamentais e privadas e a sociedade, de modo geral.

7 CONSIDERAÇÕES DO MEIO⁶

Se cartografar pressupõe a inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir, realizei o percurso rastreando, tocando, pousando e, por fim, reconhecendo o terreno ao qual me empenhei em mapear, ao longo desta pesquisa.

O objetivo geral deste estudo foi analisar o processo de participação social em saúde no município de Afonso Cláudio, por meio dos conselheiros; no entanto, num ir e vir contínuos, tal qual riacho, a análise se deu em campo e se estendeu ao longo da escrita deste trabalho, não se findando no mesmo, dado o caráter de permanência do fluxo...

A resposta aos objetivos se deu, principalmente, no Capítulo 6 – Participação Social via Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio, subsidiada pelos capítulos 3 e 5, que contextualizaram o estudo em termos históricos e pintaram o cenário anterior à cena que se desenvolveu no texto. O Capítulo 4 forneceu informações criteriosas acerca da metodologia aplicada.

O conhecimento dos dispositivos instituídos sobre a participação social no CMSAFC e a discussão proposta - se o movimento do coletivo de conselheiros se dá meramente no sentido de legitimar o instituído ou criar novas formas de pensar e fazer a participação popular em saúde no município foram abarcados nos itens 6.1 - Com a palavra os Conselheiros e 6.2 - Atos deliberativos do CMSAFC.

Como consideração inicial, uma particularidade deve ser esclarecida: Afonso Cláudio possui uma dinâmica política de governo local característica de cidades do interior, com pequeno porte populacional, possuindo peculiaridades e interferências de diversos segmentos sociais no processo decisório da política de saúde. Trata-se de uma ressalva de ordem metodológica, apontada por Perissinotto (2002).

O CMSAFC conta com conselheiros que se inseriram como tais no sentido colaborativo, e atribuíram a sua identidade os ideais de ajuda e contribuição, muito mais que os de representação. Tal característica, antes de ser exclusivamente restritiva, aponta para uma potência latente produção, designando forças de

⁶ “Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo.”

magnitudes diversas para se operar a transformação da realidade social (Baremblytt, 2002).

Não se pode fazer uma análise sem se considerar a teia de relações Conselho-Conselheiros, traçando aspectos que vão desde a inserção dos membros, sua função e formas de participação, e os desafios que se apresentam. As idéias de implicação, pertencimento, movimento de forças instituintes e instituídas, potência, embate de forças, agenciamentos, desejo e atravessamento são inerentes a esse processo.

Nas reuniões do CMSAFC emergem fluxos de intensidades diversas, afetos que se interpenetraram e se inter cruzaram em várias direções de forma rizomática, fazendo emanar novos modos de operacionalizar a participação social. Em alguns momentos, foi possível vivenciar embates que, longe de serem atitudes rebeldes ou extremistas, se configuraram como produtores de novos espaços, como agenciamentos ou dispositivos, gerando acontecimentos e devires, atualizando virtualidades e inventando o novo radical, como propõe Baremblytt (2002). O movimento, então, é perceptível: ora o CMSAFC delibera confiantemente, certo de seu papel e funções, ora afrouxam-se ou acirram-se, intermitentemente, as fronteiras do poder.

Assim, a participação social via CMSAFC caracteriza-se por uma teia de relações, cujos fluxos rizomáticos se dão de forma contínua e intensa, produzindo a realidade social. A multiplicidade da trama é evidenciada pela prática social que envolve associações, comitês, fóruns, sindicatos, movimentos e organizações, dentre outros mecanismos.

É evidente, portanto, que o agenciamento de conexões e fluxos, pelas formas de inserção e participação dos conselheiros do CMSAFC comparecem como potências, produzindo, a cada dia, o novo, a criação, o diferente. É a manutenção do desejo, como força propulsora, o que permite a constante revisão de métodos, abordagens, ações, reavaliando e readequando as ações a cada dia, num eterno ir e vir.

Desafios sempre existem, e podem também ser considerados como propulsores, no sentido de que podem promover a superação da alienação comum às coletividades, a fim de não perder o saber acerca de suas necessidades, seus desejos, demandas

e limitações. No CMSAFC, há ciência desses desafios, principalmente no que se refere aos aspectos de infra-estrutura e necessidade de formação constante para uma atuação efetiva.

Como visto na análise dos atos deliberativos, há a proposta de que homologuem as atas das reuniões do CMSAFC; esta sugestão ocorreu propositalmente num trecho em que se tecia o reconhecimento do território, dado que reconhecer, no sentido cartográfico do termo, implica em apropriar-se do objeto e servir-se dele tendo como alvo a ação, a proposta, a intervenção. Outras indicações de ordem interventiva referem-se à implementação das atividades educativas e programadas, para promover a educação em saúde, conforme diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, e à ampliação da divulgação em saúde em meios de comunicação diversificados.

Diante do que foi cartografado, pode-se sugerir novas propostas de estudos. Uma possível pesquisa poderia ser a de estudos longitudinais que permitam o acompanhamento e desenvolvimento das deliberações, para analisar a concretude das decisões. Também há espaço para pesquisas junto à população, a fim de colher informações criteriosas acerca de como as ações do CMSAFC chegam à comunidade em geral. Pesquisas por segmentos de membros são outra sugestão, pois permitiriam verificar, dentre outros aspectos, a representatividade de cada instância. Estudos de Análise de Conteúdo, que envolvam a representação social de Conselheiros ou do próprio Conselho, podem ainda contribuir enormemente para a emersão de idéias implícitas e explicar, de forma coletiva, o conceito.

Enfim, o intermezzo está posto, mas há ainda muitos afluentes a serem navegados nos diversos fluxos existentes na temática proposta, a fim de se ultrapasse a legitimação do que está instituído e se permita a criação de novas formas de se pensar e fazer a participação popular em saúde no município de Afonso Cláudio.

8 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. O ultrapresidencialismo estadual. In: Andrade RC, organizadores. **Processo de Governo no Município e no Estado**. São Paulo: EDUSP, 1998.

AMADOR, F.; FONSECA, T. M. G. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa: considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, abr. 2009.

AROUCA, A. S. S. O planejamento de saúde em uma sociedade em transição. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 15-18, 1987.

BARBIER, R. O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In: _____. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Tradução Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. p. 105-128.

BAREMBLITT, G.. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5º ed.- Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, M. E. D.. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1998.

BENEVIDES, M. V. de M.. **A cidadania ativa: referendo, plebiscitos e iniciativa popular**. 3ed. São Paulo: Ática, 2002 pp. 24-48.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e previdência**. Estudos de política social. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

BRASIL. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

_____. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Consolidado. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2007.

_____. 3ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

_____. 4ª Conferência Nacional de Saúde, recursos humanos para as atividades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1970a.

_____. 5ª Conferência Nacional de Saúde, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

_____. 7ª Conferência Nacional de Saúde, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. 8ª Conferência Nacional de Saúde, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Decreto nº 35.347, de 08 de abril de 1954. Aprova Regimento do Conselho Nacional de Saúde. 1954.

_____. Decreto nº 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 35.347, de 8 de abril de 1959.

_____. Decreto nº 5.839, de 11 de Julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. 2006a

_____. Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. 1970b.

_____. Decreto nº 79.056, de 30 de Dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. 1976.

_____. Decreto nº 8.985, de 28 de julho de 2000. Convoca a 11ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. 2000.

_____. Decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. 1987.

_____. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e da Outras Providencias. 1953.

_____. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. 1937.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

_____. **Participação Social no SUS: o Olhar da Gestão Municipal.** Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: CONASEMS, Série Cadernos de Planejamento/MS – Vol. 3, 2011

_____. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2006b.

_____. Portaria nº 1.742/1996 Instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Portaria nº 546, 25 maio 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

_____. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1992.

_____. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M. C. de. A.. Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; Potyara Amazoneida Pereira (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, M.I.S.. Política de saúde no Brasil. In: Mota, A.E.; Bravo, M.I.S.; Uchoa, R.; Nogueira V.; Marsiglia, R.; Gomes, L.; Teix, M.; organizadores. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006. p. 88-110.

CAMATA, S.G.. **Municípios:** Afonso Cláudio. Disponível em <http://www.senado.gov.br/senadores/senador/gcamata/mun_afonsoclaudio.asp> Acesso em 13 de dezembro de 2011.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, A.I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. (S. Fleury, Org.), p. 93-112, São Paulo: Lemos editorial, 1997.

CARVALHO, G. C. M., et al. **Participação Social no SUS - O Olhar da Gestão Municipal**. Brasília: CONASEMS, 2007.

COELHO, V. S. Política Social: o que podemos esperar da participação? III **Encontro Nacional de Ciência Política**. Associação Brasileira de Ciência Política. Petrópolis. Rio de Janeiro, 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. e JACOBI, P.. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 90-93, 1993.

CORTES, S. M. V. Os serviços estaduais de saúde antes de 1940. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 32-38, 2002.

COSTA, R. E.. **Democracia participativa: o caso dos conselhos de saúde** – da lei à práxis. São Paulo: USP - Universidade de São Paulo, s/d.

DA SILVA, F., et al. Capítulo 8. **Políticas Sociais No Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias.** Disponível em <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/questaosocial/Cap_8.pdf>. Acesso 13 de novembro de 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

DEMO, P. **Participação é conquista.** São Paulo: Cortez, 1998.

DULCI, L. S.. Participação social e fortalecimento dos conselhos nacionais. In: **Conselhos Nacionais: dados básicos, organização, gestão atual, finalidade, composição, competências.** Brasília: Secretaria – Geral da Presidência, 2010.

FERREIRA, V. S. C., et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Abr. 2009.

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

FRANCO, T. B., et al (orgs.). **A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografia da estratégia saúde da Hucitec,** São Paulo, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GODOY, A. S.. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63; mar/ago. 1995.

GOHN, M. da G.. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GONÇALVES, M. de L. e ALMEIDA, M. C. P. de. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-175, 2002.

GRAMSCI, A.. Cadernos do Cárcere. Vol. 3: **Maquiavel** - Notas sobre o Estado e a política; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 31 maio 2011.

HABERMAS, J.. **Direito e democracia**: entre faticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

IBGE. **Censo 2010** - Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2011. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=32. Acesso em: 08 nov.2011.

JACOBI, P. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

KASTRUP, V. O Funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007.

LUZ, M. T. Duas Questões Permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 1-27, 2000.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80. **Physis** - Revista de Saúde Coletiva. v. 1, n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991.

MACEDO, L. C.. **Participação e controle social na área da saúde**: uma revisão bibliográfica. 118p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto. 2005.

MAIRESSE, D e FONSECA, T.M.G. Dizer, escutar, escrever: Redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 111-116, jul./dez. 2002.

MENANDO, P.R.M. e RODRIGUES, M.M.P. **Lógicas Metodológicas**: trajetos de pesquisa em Psicologia. Vitória: GM Editora, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**. São Paulo:Hucitec, 2008.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S.. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009.

MOTA, S.. **Breves Antecedentes do Direito à Saúde**. Disponível em < http://www.silviamota.com.br/enciclopediabiobio/dirsauade_dirsauade-antecedentes.htm > Acessado em 31 mai 2011.

NOÉ, C. J. B.. **Relatório Técnico Plano Diretor Municipal**. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/RedeAvaliacao/AfonsoClaudio_AvaliacaoES.pdf>. Acessado em 13 dezembro 2011.

OLIOSA, D. M. S.. **Municipalização da saúde em Vitória-ES**: uma experiência participativa. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 139 p.

OLIVEIRA, F. S. de. **Controle social no sistema único de saúde - SUS**:

aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. 2004.

OLIVEIRA, F. M.. **Cidadania e cultura política no poder local**. Fortaleza; Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

OLIVEIRA, L. C. de. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro**. tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

OLIVEIRA, M. L. de; ALMEIDA, E. S. de.. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

PEDROSA, J. I. dos S.. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 1997.

PÊGO, R. A. Movimentos sociais na saúde e identidades coletivas. In: **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. (R. C. de A. Bodstein, Org.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1993.

PERISSINOTTO, R. M. Participação e democracia: o caso do Conselho de Assistência Social de Curitiba. **III Encontro Nacional de Ciência Política**. Associação Brasileira de Ciência Política. Petrópolis. Rio de Janeiro, 2002.

RAICHELIS, R.. Desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

RIOS, J. A. Participação. In: SILVA, B. (coordenador geral). **Dicionário de Ciências Sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1987, p. 869-70.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B.. Contribuições da Análise Institucional para uma abordagem das práticas languageiras: a noção de implicação na pesquisa de campo. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras, linguística e suas interfaces**. no 40, p. 47-73, 2010.

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

ROMAGNOLI, R. C.. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, Ago. 2009.

SANTOS, B. S. de. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 39 –78 e 457-559.

SANTOS, I e CARVALHO, G. I. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v.34, n.3.1992. p. 60-92.

SOARES, N. R. F; MOTTA, M. F. V. da. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em <http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html >. Acessado em

30 ago 2011.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise da experiência nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n1. p. 9-30, 2005.

STOTZ, E. N.. **Participação social**. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>> Acesso em 20/02/11.

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

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

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

VALLA, V. V. e STOTZ E. N. (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1989, p. 55-86.

VALLA, V. V. **Educação e favela: políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993, 212 p.

VANDERLEI, M. I. G. e WITT, R. R.. Conselhos de Saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 131 – 137, 2003.

WAMPLER B. Orçamento participativo: uma explicação para as amplas variações nos resultados. In: Avritzer L, Navarro Z, organizadores. **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2003, p. 61-86.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; RODRIGUES, I. de F.. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no conselho. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 2, p. 166-174, maio/ago. 2006.

WENDHAUSEN, Á.; CAPONI, S.. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Dec. 2002.

I SEMINÁRIO INTERNACIONAL ANÁLISE INSTITUCIONAL E SAÚDE COLETIVA

CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO SOB O OLHAR DA SAÚDE de autoria de Roberta Bissofi Saleme, Túlio Alberto Martins de Figueiredo foi apresentado no I Seminário Internacional de Análise Institucional e Saúde Coletiva, realizado no período de 29 a 31 de outubro de 2010, na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.



Profª Drª Ana Lúcia Abrahão da Silva
Coordenadora do Seminário



Profª Drª Lucia Cardoso Mourão
Coordenadora do Seminário



Profª Drª Solange L'Abbate
Coordenadora do Seminário

Realização



Apoio



Participação



ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 09 de dezembro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"O Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio: cartografia de uma participação social"**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 286/10 intitulado: **"O Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio: cartografia de uma participação social"** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de dezembro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,


Prof.^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

ANEXO 3

Carta de Submissão do ARTIGO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO SOB O OLHAR DA SAÚDE



Roberta Saleme <robertasaleme@gmail.com>

[Temporalis] Agradecimento pela submissão

1 mensagem

Maria Lúcia Teixeira Garcia <lucia-garcia@uol.com.br>

2 de setembro de 2012 05:16

Para: Roberta Beta Bissoli Saleme <robertasaleme@gmail.com>

Roberta Beta Bissoli Saleme,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: RESGATE HISTÓRICO SOB O OLHAR DA SAÚDE" para a revista Temporalis. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito:

<http://periodicos.ufes.br/temporalis/author/submission/3596>

Login: rbsaleme

Em caso de dúvidas, entre em contato através deste email.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Maria Lúcia Teixeira Garcia

Temporalis

Maria Lúcia T. Garcia

Jussara Maria R. Mendes

Editoras TEMPORALIS

<http://periodicos.ufes.br/Temporalis>

ANEXO 4

Carta de Submissão do ARTIGO: FLUXOS RIZOMÁTICOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA CIDADE DO INTERIOR CAPIXABA: CARTOGRAFIA DE UMA PARTICIPAÇÃO SOCIAL



Roberta Saleme <robertasaleme@gmail.com>

Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo

1 mensagem

Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br> 2 de setembro de 2012 09:15
 Responder a: Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br>
 Para: robertasaleme@gmail.com



Prezado(a) ROBERTA BISSOLI SALEME

Informamos que o **Artigo / Tema Livre** abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: **1603/2012 - FLUXOS RIZOMÁTICOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA CIDADE DO INTERIOR CAPIXABA: CARTOGRAFIA DE UMA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,
 Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
 (21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.
 Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista semi-padroneada - Data: ___/___/___

I) DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

Nome: _____

Codiname: _____ Idade: _____

Escolaridade/Formação: _____ Profissão: _____

Segmento que representa: _____ Entidade: _____

II) INSERÇÃO COMO CONSELHEIRO/REPRESENTAÇÃO

- Fale sobre sua trajetória, como chegou a ser conselheiro(a)? Por que aceitou ser conselheiro(a)?
- Como foi o processo de escolha?
- Quanto tempo está no Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC)? Já atuou em outros?

III) PARTICIPAÇÃO E FUNÇÕES

- O que você entende por participação?
- Qual o papel do Conselho de Saúde (CS)?
- Como você vê a atuação do CS? Como funciona?
- Qual o papel do Conselheiro(a)?
- Quando o senhor aceitou ser conselheiro(a), já sabia as funções a desempenhar? E como as descobriu?
- Como você se sente participando do CS?

III) AÇÕES DO CONSELHO E CONSELHEIRO

- Como são divulgadas as decisões do CS? E com o seu segmento?
- Quais as ações do seu conselho nesse ano?
- Quais são as suas ações como conselheiro(a)?
- Você já participou de alguma capacitação sobre o CS? O CMSAFC promoveu alguma capacitação nos últimos dois anos? Quais foram? Você participou?

IV) DESAFIOS DO CONSELHO

- Quais os desafios do CMSAFC?
- Quais as críticas ou considerações à atuação do CMSAFC?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordo com a participação no projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

Projeto: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AFONSO CLÁUDIO – ES: CARTOGRAFIA DE UMA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Responsável: Roberta Bissoli Saleme

Orientadora: Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo/Centro de Ciência da Saúde/Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Local de Pesquisa: Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio - ES

O objetivo da pesquisa é:

- Analisar os dispositivos de controle social que norteiam os conselheiros, como o saber, o espaço e a dialética instituído-instituente.

Os sujeitos da pesquisa serão os conselheiros municipais de saúde titulares e suplentes.

Procedimento: dados obtidos à partir da vivência e com o itinerário terapêutico.

Os resultados estarão disponíveis na biblioteca da UFES – CCS e na Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio-ES, depois de finalizado o estudo.

INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador.

Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é revelar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar do estudo. Você só deve participar do estudo se quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária. O pesquisador coletará informações que serão mantidas de forma confidencial, sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados poderão ser utilizados em

publicações científicas sobre o assunto.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO:

Após a leitura do termo e a explicação de todos os itens pelo pesquisador ou entrevistador, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Porém, eu entendo que sou livre de aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento de Consentimento informado.

Nome do Conselheiro: _____

Assinatura: _____

Data: _____ Tel: _____

Nome do pesquisador/ entrevistador: Roberta Bissoli Saleme

Assinatura: _____

Data: _____ Tel: (27) 9982-9822 / 3324-8224

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer dúvida entrar em contato: cep@ccs.ufes.br, telefone: (27) 3335-7211.

APÊNDICE C

ARTIGO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO SOB O OLHAR DA SAÚDE

Roberta Bissoli Saleme, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-090 Vitória, ES. robertasaleme@gmail.com

Túlio Alberto Martins de Figueiredo, PPGSC/UFES, tulioamf@bol.com.br

Emanuele Luiz Proença, PPGSC/UFES, manu_proenca@hotmail.com

Renan Almeida Baptistini, PPGSC/UFES, renan_baptistini@hotmail.com

Samira Bissoli Saleme, CCA/UFES, sbsaleme@gmail.com

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: RESGATE HISTÓRICO SOB O OLHAR DA SAÚDE

Resumo: Este estudo diz respeito aos Conselhos de Saúde e a participação social sob a ótica da saúde. Definiu-se como objetivo descrever a participação social e analisar a importância dos conselhos de saúde enquanto órgãos de participação social. Como metodologia, optou-se pela pesquisa bibliográfica. Finalizado o estudo constatou-se que a participação social nos conselhos de saúde deve ser capaz de apontar se os planos, programas e orçamentos conduzem aos objetivos expressos pelas conferências, se caminham na direção proposta e, se isto não ocorrer, apontar o fato e indicar alternativas. Entretanto, a participação institucionalizada da sociedade como grupo sujeito, para ser efetiva, exige um longo processo, ainda em construção, de amadurecimento propiciador da auto-análise e da autogestão e não apenas a mera representatividade na esfera da saúde.

Palavras-Chaves: Conselho de Saúde, Participação Social, Controle Social

SOCIAL PARTICIPATION IN BRAZIL: HISTORY RESCUE UNDER THE HEALTH APPROACH

Abstract: This study concerns the health advice and social participation from the perspective of health. Was defined as objective to describe the social participation

and analyze the importance of health advice while the organs of social participation. As a methodology, we opted for the bibliographical research. The study found that social participation in health advice should be able to point if the plans, programmes and budgets lead to the goals expressed by the conferences, if they walk in the direction the proposal and, if this does occur, point the fact and indicate alternatives. However, the institutionalized participation of society as a collective subject, to be effective, it requires a long process, still under construction, the peristyle ripening self-analysis and self-management and not just mere representativeness in the sphere of health.

Key-words: Health Council, Social Participation, Social control

INTRODUÇÃO

A evolução da participação e do controle social na área da saúde no Brasil se dá através de diversos caminhos da população nas diversas situações enfrentadas por ela ao longo da história.

É importante a revisão histórica das formas de participação social nessa área por entender que esse processo é de grande relevância e profícuo para suscitar a reflexão sobre os aperfeiçoamentos possíveis e desejáveis, de modo a tornar sempre mais concretos os resultados da vasta participação e mobilização de forças já alcançada.

Contextualizando a assistência de saúde e sua política de Estado no mundo, Foucault nos traz em seu discurso sobre “O nascimento da medicina social”, que a assistência à saúde (inicialmente a dos trabalhadores com a industrialização nos países centrais), foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra, (FOUCAULT, 1979).

Bravo reafirma que o Estado, no cumprimento de seu papel de manutenção da ordem social e mediação das relações entre classes sociais, mediou a conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras.

No Brasil, Bravo (2006) relata que no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal.

Soares (2010) reforça que a iniciativa do Estado liberal republicano limitou-se a responder às exigências da racionalidade sanitária postuladas pela classe dominante.

No final do século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, com uma organização precária, baseada na polícia médica, como o controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares (SOARES, 2010; BRAVO, 2006; LUZ, 2000)

No século XX, a saúde emerge como questão social no Brasil, em plena economia capitalista exportadora cafeeira, como resultado dos avanços da divisão do trabalho (BRAGA e PAULA, 1985, p.41-42).

Na sociedade brasileira, a demanda por participação no setor saúde é bem antiga, mas nem sempre condicionada simultaneamente pela dinâmica da sociedade civil, pela decisão política do gestor e pela cultura política local. Quem deve participar e o significado da participação foi se transformando no decorrer das lutas (OLIVEIRA, 2006, p.53).

Participação é um termo polissêmico, Oliveira (2006) aponta que o mesmo tem vários significados, que implicam uma diversidade de práticas. Segundo os dispositivos legais atuais que estabelecem a participação da comunidade nos conselhos de saúde, participação política é definida no sentido da deliberação sobre a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde.

Como mostra o texto intitulado “As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas” do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, os autores afirmam que:

Ao longo da história a participação social na área da saúde foi resultante de processo de acumulação de forças dos atores; isso resultou num desenho institucional num sistema público de saúde tal qual conhecemos e que torna o SUS uma referencia para outras políticas públicas do país (BRASIL, 2009, p. 8).

Desde o século passado, a Política de Saúde no Brasil passou por profundas alterações passando de simples assistência médica a direito à saúde. A fim de entender melhor o que está posto hoje, colocaremos em revista os movimentos de participação social através dos Conselhos de Saúde no Brasil e Conferências Nacionais de Saúde, articulando-os às determinações sócio-históricas.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Conforme consta em seu art. 67, a Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, é o primeiro documento que inaugura a institucionalização do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Há de se considerar, no entanto que tal órgão era de caráter apenas cooperativo e debatia apenas questões internas ao Ministério da Educação e Saúde. Nessa década, segundo Cortes (1988), os dirigentes políticos e acadêmicos consideravam que o Estado deveria ser o condutor do crescimento econômico e do bem-estar social, reforçando a exclusão da população na tomada de decisões na esfera pública. O Estado não oferecia assistência médica a todos, exceto em casos especiais como tuberculose, hanseníase e doença mental. Os usuários do sistema não eram considerados como tal por sua condição de cidadão, e sim pelo valor de sua contribuição para o setor econômico, o que gerava uma insatisfação enorme por parte deles. Soares (2010) relata que havia a consolidação de uma estrutura administrativa centralista, tecnoburocrática e corporativista, dificultando a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde.

As conferências nacionais também foram instituídas em 1937 e atreladas à Lei que criou o CNS, através do art. 90:

Art. 90. Ficam instituídas a Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saude, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes á educação e á saúde, realizadas em todo o Paiz, e a orienta-lo na execução dos serviços locais da educação e de saude, bem como na commissão do auxilio e da subvenção federaes.

Parapho unico. A Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da Republica, com intervallo maximos de dois annos, nellas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Districto Federal e do Territorio do Acre (BRASIL, 1937).

Tais conferências eram (e continuam sendo) dispositivos do governo federal para articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Estavam previstas para serem realizadas no máximo a cada dois anos, mas há registro de convocação da 1ª apenas em janeiro de 1941, adiada em três vezes por decreto para novembro do mesmo ano. Não houve participação social nos debates das políticas públicas nessa ocasião (MACEDO, 2005).

Desde então, foram realizadas 13 (treze) conferências nacionais de saúde e previsão da 14ª para Nov/Dez 2011, como mostra o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Conferências Nacionais de Saúde, Datas e Temas abordados, 1941/2010

CONFERÊNCIA	DATAS	TEMAS
1ª	11/1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª	12/1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª	06/1963	Descentralização na área de saúde
4ª	08/1967	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª	08/1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
6ª	08/1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
7ª	03/1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª	03/1986	Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial
9ª	08/1992	Municipalização é o caminho
10ª	09/1996	Construção de modelo de atenção à saúde
11ª	12/2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª	12/2003	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
13ª	11/2007	Políticas de Estado e Desenvolvimento
14ª	11/2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro

Como se pode observar, não houve constância na periodicidade das conferências devido a diversos fatos históricos, como exemplo o golpe de 1937 e a 2ª Guerra Mundial, entre outros.

Em 1950, a 2ª Conferência foi realizada e se destacou no estabelecimento de leis referentes à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. Porém não há relatório conhecido dessa conferência.

Luz (2000), ao analisar a trajetória do Estado na proposição e implementação da política de saúde, destaca duas questões: centralização/descentralização e concentração/desconcentração de poder. Segundo argumenta, na década de 1950 a descentralização e a participação civil já eram reivindicadas por agentes institucionais e da sociedade civil.

Entretanto, “a participação popular reivindicada não se referia à totalidade da população, nem mesmo a seus setores organizados. Referia-se principalmente aos próprios profissionais da saúde, a entidades sindicais e partidárias e a órgãos corporativos médicos” (LUZ, 2000, p.301).

O início da década de cinquenta foi um período de importantes mudanças institucionais. Em 25 de julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde (Brasil,

1953), iniciativa mais voltada a separar os dois setores (saúde e educação) do que a promover a resolução dos problemas sanitários do País. Em seguida, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, datado de 8 de abril de 1954, agora para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde (BRASIL, 1954).

O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24 (BRASIL, 1959).

Nos anos 60, aquece o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde. Treze anos após a realização da 2ª conferência, em julho de 1963, foi convocada a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Seus integrantes eram ainda representantes do Governo Federal e dos estados e território, mas significou uma primeira ampliação dos atores participantes: estabeleceu que os dirigentes dos estados poderiam “[...] fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos [...]” (BRASIL, 1963). O tema era orientado à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização, ou seja, da municipalização da assistência à saúde, e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. Porém o golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas por essa conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de setenta.

A 4ª Conferência, realizada em agosto de 1967, teve como tema central a questão dos recursos humanos e a necessidade de se identificar o tipo de profissional necessário às demandas do País (BRASIL, 1970a).

Nesse período, a atribuição do CNS foi ampliada através do Decreto nº 67.300 de 30 de setembro de 1970, quando ele passou a

“[...] examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (BRASIL, 1970b, Art 1º).

O novo Conselho de Saúde ganha uma composição que simultaneamente assegura a presença de atores privilegiados no projeto hegemônico e garante o controle do

governo sobre o seu funcionamento, acompanhando o padrão da época, vigente em outras áreas de políticas públicas.

A composição desse Conselho era em sua maioria escolhida pelo Poder Executivo. As instituições como a Academia Nacional de Medicina, Academia Brasileira de Medicina Militar, Academia Nacional de Farmácia e Academia Brasileira de Administração Hospitalar também listavam alguns membros, porém era o Ministro de Estado quem escolhia também os outros quatro entre os nomes oferecidos por essas entidades. A idéia da participação da sociedade através de representações autônomas de seus setores organizados passava longe do CNS de então. A sua representatividade "controlada" não alcançava senão uma elite médica, provavelmente interessada e, portanto útil para expressar o processo de medicalização/privatização então vigente. A "cara" do CNS de então é a de um órgão técnico com funções normativas, enquanto sua legitimidade funda-se no próprio Estado, na medida em que seus membros, direta ou indiretamente, dependem da indicação dos detentores do Poder Executivo.

Na primeira fase do regime militar, Soares (2011) afirma que houve uma verdadeira reorientação da administração estatal, o que inclui o setor da saúde, em virtude do fenômeno histórico do "milagre brasileiro".

A lógica centralista e a supressão do debate na sociedade afetavam os modelos de saúde pública e medicina previdenciária originados no período anterior.

De acordo com Luz (1991), os efeitos e conseqüências desta política fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à 'política de saúde da ditadura', já perceptível no fim do 'milagre' (1974-1975)

Na década de setenta também surgiu com grande força o movimento de reforma sanitária, um grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização. Nessa época começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil e reorganização do movimento social.

Também nesse período, a função política dos movimentos sociais e comunitários é resgatada e percebida através da mobilização da população nas eleições de 1974 e das lutas pela redemocratização do País, bem como das reivindicações às autoridades de soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente (SOARES, 2010).

Importante destacar o processo de “massificação da consulta médica”, em que a má qualidade dos serviços prestados era nítida, denunciado por residentes médicos e internos das instituições públicas, no sentido de buscar alianças e articulações com outros movimentos sociais.

O centralismo autoritário do regime militar, de postura radical, era criticado pela massa científica, que aumentava sua produção no sentido de denunciar o modelo vigente e propor alternativas para uma nova política de saúde que fosse efetivamente democrática (SOARES, 2010).

Paralelamente a essa luta, aconteceu a 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1975, que se dedicou a discutir cinco temas: o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais. Além das autoridades e técnicos setoriais, a conferência teve a participação de membros do Conselho de Desenvolvimento Social, composto por representantes de todos os ministérios da área social, além dos de Planejamento e Fazenda. As principais contribuições da 5ª conferência foram as propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 2009).

Em 1976, o Decreto 79056/76 regulamentou a Lei 6229/75 que consolidou o Sistema Nacional de Saúde, e também o CNS como uma espécie de coletivo de Câmaras Técnicas, a quem "compete examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas através de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do Ministro de Estado", tornando-o um órgão consultivo. Cumprindo o prazo estabelecido de dois anos, em agosto de 1977, a 6ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto n. 79.318 de 01/03/77, e tratou da situação do controle das grandes endemias, e da interiorização dos serviços de saúde, através do Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (PIASS). Já se falava, nessa formulação, sobre algumas das demandas sociais relacionadas à democratização de processos decisórios, que começavam a se expandir nesse período (BRASIL, 2009).

Novamente a composição do CNS é alterada através das portarias 360/77 e 204/78 e o seu caráter além de consultivo passa a ser também normativo. Os membros institucionais foram ampliados, passando a incluir representantes dos Ministérios da Educação e Cultura, do Interior, da Previdência e Assistência Social, da Agricultura e

do Trabalho, sendo que os demais deveriam ser indicados pelo Ministro. Eram 23 na totalidade (MOTA, 2009).

Concomitante aos movimentos de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, o chamado Movimento Sanitário, e do Movimento Popular de Saúde – composto por médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e das populações carentes, que questionava a qualidade do serviço e reivindicava não apenas a conquista de equipamentos, mas a própria gestão e organização da política de saúde -, outro movimento, que teve um papel político decisivo no setor saúde foi o Movimento Médico, caracterizado, nos anos 70 e na primeira metade da década de 80, por questionar as políticas de saúde e propor uma reformulação do sistema que culminou com a "Reforma Sanitária" (SOARES, 2010).

Por um lado, havia a ação institucional proclamada pelo Movimento Sanitário e o Movimento Médico; por outro, a organização de redes movimentalistas locais, preconizadas pelo Movimento Popular.

Em 1980, a proposta de criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) foi efetivada através da 7ª Conferência, que reuniu 402 participantes, a maioria representando órgãos públicos, em torno do tema "A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos". A Conferência anunciava também a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do País. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor.

Um novo projeto de democratização do setor saúde foi se formando, e em 1986, com ampla participação popular, a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem a seção "Da Saúde" (BRASIL, 1988) que incluiu os artigos 196 a 200 da Constituição Federal. Foram discutidos amplamente os princípios da Reforma Sanitária, assim sintetizados: participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde.

O processo de preparação da 8ª Conferência é que deu o tom diferenciado às anteriores. Foi dado estímulo e apoio à realização das pré-conferências estaduais e a ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral e possibilitou que os representantes da sociedade civil organizada discutissem com técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos realmente, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional. Participaram mais de 4 mil pessoas nessa Conferência.

A organização e atribuições do CNS novamente são modificadas em janeiro de 1987, através do Decreto nº 93.933, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde, mas ainda os conselheiros eram indicados pelo ministro.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO PÚBLICA

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, adotou-se no Brasil uma perspectiva de democracia representativa e participativa, incorporando a participação da comunidade na gestão das políticas públicas (art. 194, VII; art. 198, III; art. 204, II; art. 206, VI, art. 227, parágrafo 7), tornando assim a participação social efetivamente institucionalizada (BRASIL, 1988).

No entanto, a participação da sociedade nas funções de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas requeriam a constituição de um órgão colegiado deliberativo, representativo da sociedade, de caráter permanente.

Como um marco legal, um dispositivo então é criado: a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que abre espaço para legitimar e institucionalizar essa participação da comunidade no setor saúde. Ela foi legitimada e institucionalizada nas formas das Conferências e dos Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social.

Esta mesma Lei, em seu art. 1, § I e II, define que as Conferências reunir-se-ão a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes e que o Conselho será de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, estes últimos representados, principalmente, pelos movimentos populares (BRASIL, 1990).

Como função, o Conselho de Saúde, ainda segundo a Lei, atua na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, considerando os aspectos tanto econômicos quanto financeiros, sendo os usuários representados paritariamente ao conjunto dos demais segmentos que o compõe.

A partir desse marco legal, presenciou-se uma verdadeira explosão de criação de conselhos em todo o Brasil, que culminou com a obrigatoriedade da implantação dos Conselhos Gestores em todas as instâncias, inclusive a da Saúde.

Os conselhos gestores, que institucionalizaram a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais, são os principais exemplos do processo de redemocratização do Estado brasileiro (GONH, 2003).

Dentre os conselhos, Moreira e Escorel (2009) destacam os conselhos de saúde, representando a descentralização político-administrativa implementada no País. Esses autores apresentam graficamente através da tabela abaixo a evolução da criação dos conselhos municipais até 2008.

Tabela 1. Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação. Brasil.

Ano de criação	CMS criados	
	N	%
Antes de 1991	312	5,7
1991	1351	24,7
1992	281	5,1
1993	758	13,9
1994	477	8,7
1995	176	3,2
1996	145	2,7
1997	1003	18,4
1998	196	3,6
1999	98	1,8
2000	50	0,9
2001	233	4,3
2002	38	0,7
2003	31	0,6
2004	27	0,5
2005	98	1,8
2006	18	0,3
2007	12	0,2
Não informado	158	2,9

Total	5463	100
-------	------	-----

Fonte: ParticipaNetSus - 2008
(www.ensp.fiocruz.br/participanetsus). Moreira e Escorel.
Organizado pelos autores.

A partir de 1996, a legislação brasileira vinculou o recebimento de recursos destinados às áreas sociais dos municípios à criação dos seus Conselhos, explicando porque a maioria surgiu após esta data (GONH, 2003).

O Conselho Nacional de Saúde passou a orientar, a partir de 1992 (Resolução n. 33, do CNS, de 23/12/1992) (BRASIL, 1992), a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS), recomendando, entre outras coisas, que a escolha dos representantes fosse realizada pelos próprios segmentos; que a composição deveria ser de 50% de usuários; 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores; que a eleição do presidente deveria se dar entre os membros do conselho e que não houvesse coincidência de mandatos entre conselho e governantes.

As conferências continuaram a ser convocadas e nelas discutidos temas imprescindíveis para a saúde brasileira.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde então é convocada em 1992, obedecendo-se a partir desta o intervalo de quatro anos, com exceção da 12ª convocada em 2003, apenas três anos depois da anterior. O tema central foi “Municipalização é o caminho” e como temas específicos: 1) Sociedade, governo e saúde (com subtema: seguridade social); 2) Implementação do SUS; 3) Controle social e 4) Outras deliberações e recomendações. Contou com a participação de quase 3.000 delegados e participantes credenciados e mais de 1.500 observadores (BRASIL, 2009).

Em 1993, a regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no SUS e o estabelecimento dos mecanismos de financiamento das ações de saúde e diretrizes para os investimentos no setor, foram implementados a partir da instituição da Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/93. O País enfrentou situações de transição para que estados e municípios chegassem à situação desejada de plena autonomia na gestão de suas novas responsabilidades legais no sistema de saúde, através de um processo gradual, flexível e negociado.

Antes da 10ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação dos principais atores setoriais, num ano de instabilidade política e com a mídia informando recorrentemente sobre a saída do Ministro da Saúde, por divergências com a equipe econômica do governo, a NOB 01/96 foi criada, com a necessidade de aperfeiçoamento na estratégia de descentralização.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1996 num momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) atravessava gravíssima restrição orçamentária e foi marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil. Contou com a participação de 1.260 delegados, 351 convidados e 1.341 observadores.

Dentre as deliberações dessa conferência, novos mecanismos de participação deveriam ser constituídos e implementados pelos conselhos e os gestores do SUS, como os Conselhos Gestores nas Unidades e Serviços de Saúde públicos (ambulatoriais, hospitalares), nos hospitais filantrópicos e universitários e nos serviços conveniados com o SUS; Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde; Comissões de Ética Multiprofissionais, vinculadas aos Conselhos de Saúde, para analisar denúncias de mau atendimento e avaliar o comportamento dos Trabalhadores em Saúde; fóruns anuais ampliados nos Estados, nos Municípios, nos Distritos e nas Regiões, para avaliar o processo de implantação do SUS, o cumprimento das deliberações das últimas Conferências e propor temáticas pertinentes para as próximas, entre outros.

Acerca do funcionamento dos conselhos, os mesmos deveriam promover uma Política Nacional de Capacitação de seus conselheiros, realizando cursos de capacitação e programas de educação continuada sobre aqueles conteúdos indispensáveis para a sua atuação, custeados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A fim de garantir autonomia, os Conselhos de Saúde devem ter seu presidente eleito entre os seus membros, porém essa deliberação só foi garantida posteriormente com a nova estruturação do conselho.

A 11ª Conferência, ocorrida em 2000, foi marcada pelo tema escolhido: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Contou com a participação de 2.500 delegados. Foi a primeira conferência em que apareceu o tema da humanização na atenção à saúde.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2003, tendo por tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, com dez eixos temáticos específicos. Contou com a participação de mais de 4.000 cidadãos, sendo precedida por cerca de 3.100 conferências municipais e 27 estaduais. Os eixos se orientavam em torno do direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; e comunicação e informação em saúde.

Aconteceu num momento importante para a saúde pública brasileira. Foi antecipada em um ano, para que suas propostas norteassem as ações de governo no período de 2003-2007. Teve uma importante participação da população, tanto nas etapas municipais, estaduais, quanto na nacional. No entanto, a expectativa de que fosse um mecanismo de democratização da política de saúde e um marco em relação às demais foi frustrada. A própria condução das plenárias foi rotulada como “frágil”, segundo Bravo, o que acarretou na impossibilidade de aprovação do relatório final de forma coletiva (BRASIL, 1937). Analisar individualmente o relatório inviabilizou debates entre os delegados e as deliberações não ocorreram de forma frutífera.

Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006 através do Decreto Presidencial n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. O Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também pela primeira vez na história elege seu presidente; cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores.

Em 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, convocada por Decreto Presidencial de 10/05/07, foi precedida por 4.413 conferências municipais e 27 estaduais, contou com 3.068 delegados, 302 observadores e 210 convidados. A conferência teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, e seus debates foram organizados em torno dos seguintes eixos temáticos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas

para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. A 14ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu no mês de novembro de 2011 em Brasília. Nestes cinco dias da etapa nacional reuniram-se 2.937 delegados e 491 convidados, representantes de 4.375 Conferências Municipais e 27 Conferências Estaduais realizada em Brasília.

A discussão pautou em defender intransigentemente um SUS Universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social. Os compromissos dessa Conferência foram traçados para garantir a qualidade de vida de todos e todas.

A 14ª Conferência propôs que os princípios e as diretrizes do SUS - de descentralização, atenção integral e participação da comunidade - continuem a mobilizar cada ação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS.

As conferências de saúde têm o papel de “definir as diretrizes para a política de saúde”¹⁶, porém a transformação dessas diretrizes em ações efetivas é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os conselhos de saúde. Isso permite que a vontade social expressa nas recomendações se converta em realidade (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social nos conselhos de saúde não significa que estes devam assumir as funções de gestão – mas que devem ser capazes de apontar se os planos, programas e orçamentos conduzem aos objetivos expressos pelas conferências, se caminham na direção proposta e, se isto não ocorrer, apontar o fato e indicar alternativas. Nessa perspectiva, o conselho é, por excelência, o lugar da explicitação dos conflitos de interesses, da negociação e da busca de acordos que permitam avanços na direção desejada.

São nesses espaços institucionalizados que ocorre a interlocução do Estado com a sociedade. Para Dulci (2010), a atuação dos conselhos é fundamental para o aperfeiçoamento da democracia, bem como a transparência e efetividade da ação governamental.

Entretanto, a participação institucionalizada da sociedade como grupo sujeito, para ser efetiva, exige um longo processo, ainda em construção, de amadurecimento propiciador da auto-análise e da autogestão e não apenas a mera representatividade na esfera da saúde.

Nesta mesma linha de pensamento, Pêgo avalia que:

A efetivação de instâncias de participação popular, (...) não se exaure no campo político institucional. (...) requer muito mais do que mudanças no arcabouço do sistema de atenção à saúde. (...) [Requer] a existência de cidadãos não forjados a partir do Estado, mas capacitados através de conquistas de todos, isto é, da sociedade (PÊGO, 1993, p. 69-70).

Por isso é preconizado que os Conselhos de Saúde sejam o marco de um novo padrão de relacionamento entre o Estado e a Sociedade Civil, permeado por comunicabilidade política e políticas de saúde universais, constituindo-se como espaço deliberativo investido de poder de governo que determinem o interesse público e parametrizem a ação estatal na Saúde (CARVALHO, 1995).

REFERÊNCIAS

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e previdência**. Estudos de política social. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

BRASIL. 3ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

_____. 4ª Conferência Nacional de Saúde, recursos humanos para as atividades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1970a.

_____. 5ª Conferência Nacional de Saúde, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

_____. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Decreto nº 35.347, de 08 de abril de 1954. Aprova Regimento do Conselho Nacional de Saúde. 1954.

_____. Decreto nº 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 35.347, de 8 de abril de 1959.

_____. Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. 1970b.

_____. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e da Outras Providências. 1953.

_____. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. 1937.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação

da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

_____. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

BRAVO, MIS. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M, organizadores. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006. P. 88-110.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995, p. 19-33

CORTES, S. M. V. Os serviços estaduais de saúde antes de 1940. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 32-38, 1988.

DULCI, Luiz Soares. Participação social e fortalecimento dos conselhos nacionais. In: **Conselhos Nacionais: dados básicos, organização, gestão atual, finalidade, composição, competências**. Brasília : Secretaria – Geral da Presidência, 2010.

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

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOHN, Maria da Glória. **Papel dos conselhos gestores na gestão pública**. Informativo Cepam, V.1, n.3,p. 15, 2002

LUZ, M. T. Duas Questões Permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 1-27, 2000.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. V. 1, n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991.

MACEDO, Laura Christina. **Participação e controle social na área da saúde: uma revisão bibliográfica**. 118p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto. 2005.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009 .

MOTA, Sílvia. / **Breves Antecedentes do Direito à Saúde**. Disponível em < http://www.silviamota.com.br/enciclopediabiobio/dirsauade_dirsauade-antecedentes.htm > Acessado em 31 mai 2011.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **As práticas de participação institucionalizadas e**

sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro. tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

OLIVEIRA, Milca Lopes de; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

PÊGO, R. A. Movimentos sociais na saúde e identidades coletivas. In: **Serviços locais de saúde:** construção de atores e políticas. (R. C. de A. Bodstein, Org.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1993.

SOARES, N. R. F; MOTTA, M. F. V. da. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde.** Disponível em <http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html >. Acessado em 30 ago 2011.

APÊNDICE D

ARTIGO: FLUXOS RIZOMÁTICOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA CIDADE DO INTERIOR CAPIXABA: CARTOGRAFIA DE UMA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Roberta Bissoli Saleme^I, Túlio Alberto Martins de Figueiredo^I, Núncio Antônio Araújo Sól^{II}, Rita de Cássia Duarte Lima^I, Samira Bissoli Saleme^{III}

I - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-090 Vitória, ES.
robertasaleme@gmail.com

II - Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP.

III – Centro de Ciências Agrárias da Universidade Federal do Espírito Santo, Alegre, ES

RESUMO

Importante para a democratização da política de saúde, a institucionalização dos Conselhos possibilita ampliar a participação de atores sociais no processo decisório coletivo. Porém, a mera criação deste dispositivo não garante a efetiva representatividade a ele associada. O objetivo do estudo foi analisar o processo de participação social em saúde no município de Afonso Cláudio, situado no interior do Espírito Santo, por meio do Conselho Municipal de Saúde. Tratou-se de uma análise documental de inspiração cartográfica. Foram analisadas as atas e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC) referentes ao lapso de 1 ano, a partir de março de 2010, além de entrevistas com 6 conselheiros titulares. A participação social via CMSAFC caracteriza-se por uma teia de relações, cujos fluxos rizomáticos se dão de forma contínua e intensa, produzindo a realidade social.

Evidenciou-se o agenciamento de conexões e fluxos, pelas formas de inserção e participação dos conselheiros, cujas ações produzem, a cada dia, novas formas de pensar e fazer o controle social. A produção da participação nas reuniões permitiu a criação de fluxos de intensidades diversas, afetos que se interpenetraram e se inter cruzaram de forma rizomática, fazendo emanar novos modos de operacionalizar a participação social.

PALAVRAS CHAVE: participação social, conselhos de saúde, gestão em saúde

ABSTRACT

Important for the democratization of health policy, the institutionalization of Advice makes it possible to expand the participation of social actors in collective decision-making. However, the mere creation of this device does not guarantee effective representation associated with it. The objective of this study was to analyze the process of social participation in health in the municipality of Afonso Cláudio, situated inside the State of Espírito Santo, Brazil, through the Municipal Council of health. It was a documentary analysis of cartographic inspiration. Been reviewed the minutes and resolutions of the Municipal Council of health of Afonso Cláudio (CMSAFC) concerning the lapse of 1 year starting March 2010, plus interviews with 6 counselors. Social participation via CMSAFC is characterized by a Web of relationships, whose rizomáticos flows are continuous and intense, producing the social reality. Showed the connection management and workflows, by forms of integration and participation of the directors, whose actions produce, every day, new ways of thinking and social control. The production of the participation in the meetings allowed the creation of various intensities streams which affects interpenetraram and inter cruzaram so Rhizomatic, making emanate new ways to operationalize social participation.

KEYWORDS: Social Participation, Health Advice, Health Management

INTRODUÇÃO

A participação e o controle social no setor saúde vêm de um processo histórico registrado por lutas entre grupos com diferentes interesses em que aqueles com maior capacidade de articulação, quase sempre mantiveram privilégios diversos, conquistando mais espaços junto aos detentores do poder econômico.

No âmbito do Estado, a participação da comunidade é regulamentada pela Lei 8.142 de 28 dezembro de 1990¹, e está prevista por via da criação de Conselhos de Saúde (CS), definidos legalmente como instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, e compostos por diferentes grupos sócio-políticos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Carvalho² relacionou as origens dos conselhos de saúde, entre outros fatores, à atuação da sociedade organizada no período 1970-1990, enfatizando a luta contra a ditadura militar. Moreira e Escorel³ atualizaram esta reflexão para a segunda metade dos anos 1990 e 2000, enfocando as transformações do papel por ela desempenhado no controle da saúde.

O ponto de partida desses autores são os programas de extensão de cobertura financiados pelas agências internacionais de saúde que, nos anos 70, incentivaram a participação das comunidades atendidas na execução das ações sanitárias. Tal “participação comunitária”, descolada da discussão sobre problemas sociais, foi preconizada como forma de organização autônoma capaz de gerar melhorias sociais³.

Em termos da gestão em saúde, Carvalho² compreende que a instituição dos CS – um espaço de garantia plena da representatividade social -, significou um avanço na história de nossa Saúde Coletiva, posto que, no Estado brasileiro, até a década de 90, nada, em termos de representatividade social e poderes legais, se assemelhou aos Conselhos de Saúde nas três esferas governamentais.

No que se refere ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) - órgão do Ministério da Saúde (MS), e os Conselhos estaduais e municipais, suas funções são as de atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado¹.

A questão que se comparece, especificamente neste estudo, constituiu-se em sabermos como se apresentou a participação social em saúde no município de Afonso Cláudio, num dado espaço de tempo, compreendido entre março de 2010 a março de 2011. A respeito desse município, o mesmo localiza-se na região serrana, à sudoeste do Estado, fronteira ao Estado de Minas Gerais e conta com uma

população de 31.086 habitantes⁴.

A cartografia, enquanto dispositivo de produção do saber, foi a opção escolhida nesse trabalho, para tecermos o quadro do Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC), no que se refere à participação social via conselheiros.

A cartografia é uma prática que visa o acompanhamento de um processo em curso, oferecendo-se para acessar tudo o que força a pensar, dando-se ao pesquisador, a possibilidade de acompanhar tudo o que não se curva à representação, tratando-se de uma invenção que somente se torna viável pelo encontro fecundo entre pesquisador e o campo de pesquisa, onde é produzido o material de pesquisa e não coletado, tornando o pesquisador um sujeito da pesquisa e o levando a pensar e a ver diferente o seu material de estudo⁵.

Para Romagnoli⁶, a cartografia não parte de um modelo pré-estabelecido, porém busca indagar o objeto de estudo a partir de uma fundamentação própria. Nesse processo, o que se almeja é reencontro do conhecimento diante de uma realidade complexa.

Em tal prática, o objetivo do cartógrafo é acompanhar os movimentos, perceber entre os sons e imagens a composição e descomposição dos territórios, como e por quais estratégias se criam novas paisagens⁷.

Cartografar não é desenhar uma realidade como num mapa, a cartografia é uma produção de sentidos que se faz à medida que se produzem outros sentidos, relato provisório de uma viagem, viagem de intervir/pesquisar⁸.

Para Kastrup⁸, o trabalho do cartógrafo exige quatro variedades do funcionamento atencional que fazem parte do seu trabalho: os rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.

O rastreio se caracteriza em entrar em um grupo que conhece o alvo a ser perseguido, localizando as pistas, de signos e processualidade. Busca também acompanhar mudanças de posição, de velocidade, de aceleração, de ritmo. O toque visa construir um conhecimento dos objetos, à partir de fragmentos sequenciais para que obtenha um resultado de conhecimento dos objetos a serem estudados. O pouso indica a percepção, seja visual, auditiva ou outra. Nesse momento um novo território

se forma, o campo de observação se reconfigura e por fim o reconhecimento automático tem como base e como alvo a ação. Reconhecer o objeto e servir-se dele⁹.

Assim, a cartografia tem a sensibilidade suficiente para captar a realidade da produção do cuidado no seu formato mais próximo do real, adentrando a multiplicidade do cuidado em saúde¹⁰.

OBJETIVOS

1.1.1 - Este trabalho teve como objetivo geral analisar o processo de participação social em saúde no município de Afonso Cláudio-ES por meio dos conselheiros.

O alcance deste objetivo geral se deu a partir dos seguinte objetivos específicos:

- 3) conhecer os dispositivos instituídos sobre a participação social no Conselho Municipal de Saúde de Afonso Cláudio (CMSAFC) e,
- 4) discutir se o movimento do coletivo de conselheiros, se dá meramente no sentido de legitimar o instituído ou na criação de novas formas de pensar e fazer a participação popular em saúde no município.

MÉTODO

O cenário de estudo foi o município de Afonso Cláudio-ES, tendo como enfoque o CMSAFC.

A metodologia utilizada foi a análise documental com inspiração cartográfica, e a produção de material para o processamento do estudo se deu por meio de entrevista semi-estruturada e diário de campo, contemplando-se, nestes aspectos, a cartografia.

Em se tratando de um estudo de cunho cartográfico, houve a observação e análise dos fluxos inerentes ao processo grupal que compreendeu as reuniões mensais do CMSAFC, o que significou o estabelecimento de uma teia de relações entre conselheiros titulares e suplentes, usuários, técnicos, gestores, pesquisadores e população em geral.

Para o processo de entrevistas, no entanto, foram selecionados 6 conselheiros titulares que freqüentaram as reuniões – correspondente a 50% dos membros titulares, o que deu conta de atender à demanda de produção de material. A opção pelos titulares se deu por considerarmos que os mesmos têm direito à voz e voto, tomando como critério de inclusão a representatividade obrigatória de todos os segmentos – usuário, gestor, prestador de serviço e profissional de saúde, escolhidos aleatoriamente em cada um de seus segmentos.

Tais conselheiros participaram das entrevistas após assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresentou todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996¹¹.

Para melhor apresentar os processos metodológicos realizados durante a análise documental, as deliberações do CMSAFC foram analisadas segundo as competências dos Conselhos de Saúde, conforme resolução vigente¹².

O material foi analisado qualitativamente, o cuidado de se obter, por meio de observação e entrevista, dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo¹³.

Este estudo foi submetido previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Espírito, tendo sido aprovado sob nº. 286/10.

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

Não se pode proceder uma análise da dinâmica de um conselho de saúde sem se considerar a teia de relações Conselho-Conselheiros, traçando aspectos que vão desde a inserção dos membros, sua função e formas de participação, e os desafios que se apresentam. As idéias de implicação, pertencimento, movimento de forças instituintes e instituídas, potência, embate de forças, agenciamentos, desejo e atravessamento foram inerentes a esse processo.

Nas reuniões do CMSAFC foi possível vivenciar embates que, longe de serem

atitudes rebeldes ou extremistas, se configuraram como produtores de novos espaços, como agenciamentos ou dispositivos, gerando acontecimentos e devires, atualizando virtualidades e inventando o novo radical¹⁴.

Um dos achados marcantes deste estudo, a nosso ver, foi o sentido de “Pacto”, palavra forte, que define laço firmado entre partes, atrelado à idéia de aliança. Foi assim – como pacto -, que um conselheiro do segmento de usuários definiu a atuação dos membros do CMSAFC. Mais do que uma filiação, refletimos, o que tal conselheiro evidenciou na fala abaixo, foi a existência de uma atuação pautada na idéia de rizoma¹⁵.

... parece até que nós fizemos um PACTO. [...] Eu estou vendo a participação efetiva. (USUÁRIO 2)

Para Gilles Deleuze e Félix Guattari¹⁵, “a árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo ‘ser’, mas o rizoma tem como tecido a conjunção ‘e... e... e...’. Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser.”

O processo de investigação mostrou que a participação dos conselheiros nas reuniões do CMSAFC pôde permitir a criação de fluxos de intensidades diversas, afetos que se interpenetraram e se inter cruzaram, em várias direções, de forma rizomática.

Tal movimento pode se dar no fortalecimento ou enfraquecimento de um dado estabelecimento¹⁴, neste caso, o CMSAFC. O que faz este conselho se movimentar para um lado – em direção ao instituído, ou para o outro - em direção ao instituinte, ou ainda se mesclar entre ambos, são os afetos, os devires.

Ajudar, colaborar, contribuir, para enfim transformar, melhorar e modificar o instituído: é assim que no CMSAFC, a potência¹⁴, no sentido institucional do termo, se revela, na capacidade de seus pares produzirem o novo, transformando assim a realidade. Os depoimentos abaixo demonstram suas identidades enquanto conselheiros:

Aceitei com a intenção de tentar estar ajudando a ver quais são os anseios da sociedade, para tentar melhorar a saúde de nosso município. (GESTOR)

Aceitei porque é um papel importante, como estar fiscalizando, colaborando para o crescimento do SUS e o avanço da saúde, dando a minha contribuição como cidadão. (PROFISSIONAL)

Aceitei até mesmo porque conheço situações, e que pouca coisa foi modificada e eu gostaria de dar minha parcela de contribuição pra comunidade porque realmente eu faço uma pesquisa, eu converso muito com a comunidade e achei que eu podia levar algo de valor importante... (USUÁRIO 2)

Tendo sua história ligada à história do próprio município, e uma relação tal com a sociedade que os fazem implicados de forma estruturante, grande parte dos conselheiros do CMSAFC se definem no interstício de um projeto sócio-político em ato e de seu próprio projeto de vida, numa forma de pertencimento e entrelaçamento peculiar¹⁶.

Nossa observação deu conta de que esse movimento de tornar-se Conselheiro foi constantemente revisitado nas reuniões, em que se pode perceber questionamentos acerca das práticas rotineiras de deliberações e estabelecimento de diretrizes e ações em saúde naquele município, muitas vezes paradoxais. Em alguns momentos, os conselheiros deliberavam confiantemente, certos de seu papel e função; em outros, afrouxavam ou acirravam as fronteiras do poder, dando lugar ao descrédito ao seu papel e função.

Trata-se de um movimento que o institucionalismo descreve como embate entre as forças instituintes e instituídas; nesse caso, quando o instituído prevalece, há uma espécie de imposição, por meio da centralidade do poder, do saber, do prestígio, etc. Na imersão das forças instituintes, por outro lado, há a possibilidade de criação, de novos agenciamentos e arranjos. Traduz-se na liberdade das subjetividades, que pulsam, desejan¹⁴.

Deleuze e Guattari¹⁷ citam tal embate, afirmando que as instituições são transversalizadas e atravessadas por embates constantes de forças de produção e reprodução, moleculares e molares, entre processos instituídos e instituintes. Os instituídos têm sentido de aprisionamento do processo vital, enquanto os instituintes se constituem como forças de criação, de potências do viver.

Como exemplo, cita-se uma situação em que um dos Conselheiros questiona seu papel e dos demais membros, sugerindo, de forma exacerbada, a extinção do conselho, alegando a falta de “prestígio” nas decisões, muitas vezes “desconsideradas”. Tal postura, em primeiro momento, grosso modo, pode ser vista enquanto atitude rebelde, extremista; mas, ao final, se mostrou como produtora de novos espaços: o próprio Conselheiro sugere modificações em tal procedimento, e a plenária delibera por enviar um ofício à Secretaria de Saúde e ao Prefeito, estabelecendo a necessidade de que projetos sejam enviados com antecedência para aprovação, sob pena de não serem votados. São os ditos agenciamentos ou dispositivos, e, nesse caso, trata-se de um momento peculiar: “É uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que a gera são imanentes entre si”¹⁴.

Exemplo claro de movimento, de tensão, que ora gera motivo de descrença, desmobilização, ora gera possibilidade de transformação.

Um outro fator digno de nota é a multiplicidade como um dos princípios do rizoma¹⁵, no sentido de se substantivar, de se distanciar do sujeito e do objeto, a fim de constituir como determinação, grandeza ou dimensão que “não pode crescer sem que mude de natureza”, tal como os fios de uma marionete. Não há remissão de vontade a um operador, ou a uma unicidade, mas há uma espécie de trama, em que as dimensões se interconectam, e a multiplicidade reside aí.

A multiplicidade da trama nos fluxos rizomáticos do CMSAFC pôde ser vista diante de uma participação popular enquanto prática social que envolve associações, comitês, fóruns, conselhos, sindicatos, partidos e movimentos, dentre outros mecanismos, nos diferentes níveis de organização do Estado e nas diferentes áreas de atuação. Para Arouca¹⁸, tal processo se traduziria em participação.

Essa trama, para Deleuze e Guattari¹⁵, produz uma rede, formada por fluxos, misturas e conexões, tendo sempre múltiplas entradas e saídas, tal como um rizoma. Um rizoma que, em geral, produz mais que um mapa que a toda hora está em mudança – na verdade, produz uma cartografia de territórios.

Cartografia marcada por ditos e não-ditos, uma vez que as ações do CMSAFC nem

sempre são publicadas, oficializadas ou homologadas. Muito do que é debatido, discutido, fica no registro pessoal, na memória dos participantes e, algumas vezes, se entorna em discussões despreziosas e informais no dia-a-dia da cidade¹⁹. Ainda assim, entendemos que é possível dizer que há uma rede informal já estabelecida de multiplicidades, de interações, em que se entrelaçam percepções, idéias, conceitos, e se tece a realidade, diferente, a cada momento, num eterno devir, não necessariamente fechado em registros, papéis, etc. Um dos usuários, por exemplo, citou uma inovação proposta: a de divulgar, oficialmente, as ações em outras instâncias, num outro distrito, a fim de construir uma rede formal de informações.

Esta ação - construir uma rede formal de informações -, vai ao encontro da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS²⁰, que tem como um de seus objetivos, desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências do controle social.

Portanto, o agenciamento de conexões e fluxos, pelas formas de inserção e participação dos pares desse CMSAFC, comparece, a nosso ver, como potências, produzindo, a cada dia, o novo, a criação, o diferente. É a manutenção do desejo, como força propulsora, o que permite a constante revisão de métodos, abordagens, ações, reavaliando e readequando as ações a cada situação.

Como dito no início deste estudo, o objetivo geral do mesmo foi o de analisar o processo de participação social em saúde naquele município capixaba interiorano, por meio dos conselheiros; no entanto, dado o caráter de permanência do fluxo, tal qual riacho, o processo se estendeu ao longo da escrita deste trabalho, portanto, não se findando no mesmo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez.

2. Carvalho AI. **Conselhos de Saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
3. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Cien Saude Colet**, 2009; 14(3): 795-806 .
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo 2010 [acesso em 08 nov 2011]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=32.
5. Amador F, Fonseca, TMG. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa: considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arq bras psicol**, 2009; 61(1): 30-37.
6. Romagnoli RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicol. Soc.**, 2009; 21(2): 166-173.
7. Mairesse D, Fonseca TMG. Dizer, escutar, escrever: Redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psico. estud**, 2002; 7(2): 111-116.
8. Rolnik S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2006.
9. Kastrup V. O Funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicol. Soc.**, 2007; 19(1): 15-22.
10. Franco TB, Ferreira VS, Andrade CS. **A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografia da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 2009.
11. Brasil. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 1996; 16 out.
12. Brasil. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União, 2003; 4 dez.

13. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. adm. empres.** 1995; 35(2): 57-63.
14. Baremlitt G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática.** 5° ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
15. Deleuze G, Guattari F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol 1. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.
16. Barbier R. O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In: _____. **A pesquisa-ação na instituição educativa.** Tradução Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. p.105-128.
17. Deleuze G, Guattari F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol 3. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.
18. Arouca ASS. O planejamento de saúde em uma sociedade em transição. **Saúde em Debate**, 1987; 11: 15-18.
19. Cohn A, Elias P, Jacobi P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**, 1993; 38: 90-93.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2006.

RB Saleme e TAM Figueiredo trabalharam na concepção, pesquisa e redação do artigo. SB Saleme participou da análise e interpretação dos dados. RCD Lima e NAA Sól participaram da revisão crítica do artigo.