



UFES

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

EDGAR ANDRADE LISBOA

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: CAMINHOS E (DES)CAMINHOS
DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

VITÓRIA
2014

EDGAR ANDRADE LISBOA

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: CAMINHOS E (DES)CAMINHOS
DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Francis Sodré.

VITÓRIA
2014

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

L769c Lisboa, Edgar Andrade, 1987-
Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da
participação social no Sistema Único de Saúde / Edgar Andrade
Lisboa. – 2014.
101 f. : il.

Orientadora: Francis Sodré.

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

1. Descentralização. 2. Participação Social. 3. Conselhos de
Saúde. I. Sodré, Francis. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

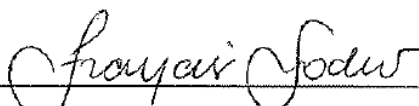
Edgar Andrade Lisboa

Conselhos Locais de Saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social no Sistema Único de Saúde

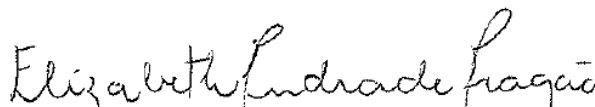
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2014.

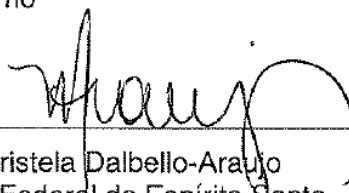
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientador



Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Maria Andrade Aragão
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGPSI
Membro Externo



Prof^ª. Dr^ª. Maristela Dalbello-Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

À minha querida esposa, Débora Libanês, por todo amor, carinho, apoio e incentivo a cada passo desta caminhada.

À minha mãezinha que amo, Rita de Cássia Andrade, a quem devo todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar comigo em todos os momentos da vida, guiando-me e ensinando-me a confiar e crer integralmente em seu poder e agir.

Agradeço a Débora Libanês, minha linda esposa, pessoa fundamental em minha vida. É maravilhoso saber que sonhamos juntos, e que agora nos alegramos com esta conquista, que é nossa. Viver ao seu lado a cada dia é ter a certeza de desfrutar um amor e carinho essencial à vida. Obrigado por me encorajar sempre. Simplesmente, te amo.

Agradeço a minha mãe, Rita de Cássia Andrade, pois sempre acreditou em mim, investiu sua vida em proporcionar-me tudo o que há de mais sagrado, o conhecimento.

Agradeço à minha orientadora, Dr.^a Francis Sodré, que com todo carinho e sabedoria me ajudou a conduzir estes dois anos de mestrado e não desistir dos meus objetivos. Saberes compartilhados, histórias construídas juntas. Um perfil de mestre que almejo alcançar.

Agradeço muito a todos os grandes amigos do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES) e do mestrado. As amizades conquistadas, os conselhos em momentos oportunos e as contribuições não ficarão jamais restritas a este trabalho, mas levarei comigo para sempre.

Aos professores e funcionários da instituição, pela convivência prazerosa e valiosas contribuições.

Agradeço de forma especial a todos os amigos de trabalho do município de Anchieta, em especial da Estratégia de Saúde da Família Centro III, que me apoiaram em tudo e torceram por mim. Levarei sempre saudades, e ótimas lembranças.

A todas as pessoas, mesmo que indiretamente, que contribuíram com os seus conhecimentos, me apoiaram emocional e espiritualmente e que foram fundamentais para realização deste sonho. A vocês, meu muito obrigado.

A Democracia é como o amor: não se pode comprar, não se pode decretar, não se pode propor. A Democracia só se pode viver e construir.

(José Bernardo Toro)

RESUMO

LISBOA, E.A. **Conselhos Locais de Saúde:** caminhos e (des)caminhos da participação social no Sistema Único de Saúde. Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014, 101 p.

A partir da descentralização, novas instâncias de negociação e novas alternativas de ordenamento da estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) foram criadas. Dentre estas alternativas, podemos citar os conselhos de saúde, importantes canais de participação social. Todavia, frente às limitações destes canais tradicionais de articulação entre Estado e sociedade, destacamos os ideais da gestão participativa e os Conselhos Locais de Saúde (CLS) como alternativa de renovação e criação de instâncias mais flexíveis, porosas e efetivas às complexas demandas sociais. Neste sentido, buscamos analisar o processo de criação e implementação dos CLS do município de Anchieta/ES, a partir de uma abordagem quali-quantativa. Inicialmente, traçamos o perfil socioeconômico e político dos conselheiros eleitos, a partir de um questionário aplicado a uma amostra de 54 conselheiros; dados que foram categorizados e analisados por meio do emprego de estatísticas descritivas. Em seguida, entrevistamos treze conselheiros, de dois conselhos distintos do município, procedendo à análise de conteúdo do material, a partir dos ideais de Bardin (2000). Os resultados demonstraram que os conselhos foram criados a partir da iniciativa da gestão municipal em 2011, e que simplesmente institucionalizá-los como espaço de participação social não foi suficiente para promover a mobilização social e o envolvimento comunitário. Quanto ao perfil dos conselheiros locais, 78% são mulheres, com predominância de raça/cor branca, idade entre os 20 e 39 anos e funcionárias públicas; 57% possuem Ensino Médio e participaram como conselheiro por dois anos, e 60% destes já tiveram outras experiências de participação similares aos CLS. Do material oriundo das entrevistas, emergiram quatro categorias de análise, a saber: 1) Ser ou não ser conselheiro de saúde? Eis a questão!; 2) O não pertencimento e a não-participação; 3) Conselhos Locais de Saúde: elos, meios e mediações; e 4) A exogenia da administração e os obstáculos à participação social. Os entraves ao funcionamento dos conselhos de saúde, mesmo em nível local, ainda são desafios a serem superados, para que estas instâncias sejam mais influentes na gestão pública, conforme os princípios de sua criação. A participação social e a democracia são fundamentais para a construção de políticas de saúde que correspondam às reais demandas da comunidade. Contudo, para garantir a democracia na sociedade não basta promover a descentralização. É necessário que os sujeitos políticos resistam às relações de dominação, opressão e subordinação. Para isso, torna-se imprescindível os programas de educação para cidadania dos sujeitos envolvidos nestes fóruns de participação. O que nos motiva, enfim, é notarmos a existência, entre os conselheiros eleitos, de sujeitos protagonistas de seu próprio devir; sujeitos que atuam como agentes transformadores, motivadores de sonhos e projetos em prol da saúde pública e de sua comunidade.

Palavras-chave: Descentralização; Participação Social; Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

LISBOA, E.A. **Local Health Councils:** paths and (mis) direction of social participation in the Unified Health System. Dissertation (Public Health) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2014, 101 p.

From decentralization, new instances and new alternative trading system of the organizational structure of the Sistema Único de Saúde (SUS) was created. Among these alternatives, we can mention the health councils, important channels for social participation. However, due to the limitations of these traditional channels of articulation between state and society, include the ideals of participatory management and Local Health Boards (LHB) as an alternative for renewal and creation of more flexible, porous and effective to complex social demands instances. In this sense, we analyze the process of creation and implementation of CLS in the municipality of Anchieta/ES, from a quali-quantitative approach. Initially, we trace the socioeconomic and political profile of the elected councilors, from a questionnaire administered to a sample of 54 counselors, data were categorized and analyzed through the use of descriptive statistics. Then interviewed thirteen directors, two separate councils of the city, proceeding to an analysis of the material from the ideals of Bardin (2000). The results showed that councils were created at the initiative of the municipal administration in 2011, and that simply institutionalize them as a space for social participation was not sufficient to promote social mobilization and community involvement. Regarding the profile of local councilors, 78 % are women, predominantly white race / color, age between 20 and 39 years and public employees, 57% have high school and participated as a counselor for two years, and 60 % of these had already other experiences similar to CLS participation. The material from the interviews, four categories emerged from the analysis, namely: 1) To be or not to be health counselor? That is the question; 2) not belonging and non-participation; 3) Local Health Councils: links, media and mediations; 4) The exogeny administration and obstacles to social participation. Barriers to the functioning of boards of health, even at the local level are still challenges to be overcome, so that these instances are more influential in public administration, according to the principles of its creation. Social participation and democracy are fundamental to the construction of health policies which meet the demands of the community. However, to ensure democracy in society not just promote decentralization. It is necessary that political subjects resist the relations of domination, oppression and subordination. For this, it is essential education programs for citizens of those involved to participate in these forums. What motivates us, in short, is to note the existence, among the elected councilors, of subjects protagonists of their own becoming; subjects that act as agents, motivators dreams and projects for the sake of public health and their community.

Keywords: Decentralization, Social Participation, Health Advice.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

FIGURA 1 – Diferentes Classificações da Descentralização	22
TABELA 1 – Classificação do porte dos municípios no Brasil	41
GRÁFICO 1 – Escolaridade dos conselheiros entrevistados	49
GRÁFICO 2 – Outras experiências de participação social	51
GRÁFICO 3 – Experiências de participação citadas entre os conselheiros	52

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I
CASP ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CLS – Conselhos Locais de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GEMTES – Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MRS - Movimento da Reforma Sanitária
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB's – Normas Operacionais Básicas
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PARTICIPASUS – Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PV – Partido Verde
SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SUS – Sistema Único de Saúde
UFES – Universidade Federal Do Espírito Santo
USF – Unidade de Saúde da Família
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CONTROVÉRSIAS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS.....	21
1.1 DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE: CONCEPÇÕES E CONCEITOS.....	21
1.1.1 Descentralização: outros olhares... outro debate	29
1.2 DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: PROJETOS ALINHADOS	33
1.2.1 Participação ou Controle Social?.....	34
1.2.2 Descentralização e Participação Social	38
2 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE...	44
2.1 OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE EM UM TERRITÓRIO EM DISPUTA	44
2.2 CONSELHEIROS DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO E POLÍTICO	48
3 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: CAMINHOS E (DES)CAMINHOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	56
3.1 SER OU NÃO SER CONSELHEIRO DE SAÚDE? EIS A QUESTÃO!.....	56
3.2 O NÃO PERTENCIMENTO E A NÃO-PARTICIPAÇÃO	64

3.3 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: ELOS, MEIOS E MEDIAÇÕES	72
3.4 A EXOGENIA DA ADMINISTRAÇÃO E OS OBSTÁCULOS À PARTICIPAÇÃO SOCIAL	76
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
5 REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	
APÊNDICE A [Questionário aplicado aos conselheiros eleitos]	96
APÊNDICE B [Roteiro de entrevista com conselheiros de saúde]	97
APÊNDICE C [Termo de consentimento livre e esclarecido]	98
ANEXOS	
ANEXO 1 [Parecer consubstanciado do CEP com a aprovação da pesquisa]	100

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar e discutir o tema “Participação Social” surgiu ainda na graduação em Enfermagem, quando tive a oportunidade de participar de um programa de extensão universitária, denominado “Conexões de Saberes: diálogos entre a universidade e as comunidades populares”. Dentre os objetivos deste programa, destacava-se o desejo de ampliar o diálogo e a articulação política entre a universidade e os moradores de espaços populares, juntamente com suas instituições e organizações, em busca de promover o encontro, a troca de saberes e fazeres, além do desenvolvimento de ações concretas entre esses dois territórios socioculturais, visando também à ampliação do acesso e permanência dos estudantes de origem popular nas Universidades.

Dentre as ações desenvolvidas pelo referido programa, nós, acadêmicos de origem popular de cursos da área da saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como exemplo enfermagem, medicina, psicologia, farmácia, serviço social e odontologia, desenvolvemos um projeto denominado “Conexão-Saúde”, cuja proposta era atuar em comunidades pobres dialogando sobre a saúde, com foco em sua promoção. Para isso participamos de ações educativas dialógicas junto a estas comunidades nos municípios da Grande Vitória, a partir de atividades em grupos, buscando envolver os sujeitos como atores protagonistas do seu processo de cuidado em saúde.

O projeto “Conexão-Saúde” proporcionou-nos também a participação em um grupo de estudo coordenado pelas professoras Dra. Roseane Vargas Rohr e Dra. Raquel Baroni de Carvalho, onde discutíamos temas muito relevantes, como os princípios e diretrizes do SUS, a importância deste sistema para a comunidade, a educação popular em saúde, a promoção da saúde e o protagonismo dos sujeitos na luta pelos seus direitos. Discussões que transformaram não apenas nossa formação profissional, mas nossos projetos de vida, uma vez que nosso olhar sobre a saúde, as pessoas e a vida passaram a ser outros. Passamos a enxergar cada sujeito como único. Um sujeito que dotado de desejos, saberes, história e direitos, deve ser

respeitado e incentivado a protagonizar a luta por direitos individuais e coletivos, inclusive no que diz respeito à luta em defesa do SUS.

Com várias expectativas, ao concluir a graduação ingressei no mercado de trabalho atuando como enfermeiro de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Guarapari, um município ao litoral sul do Espírito Santo, em um vínculo estatutário. Neste momento deparei-me com uma comunidade extremamente pobre, carente de recursos físicos e materiais. Uma comunidade que sofria com as fragilidades de um sistema municipal de saúde incapaz de corresponder às reais necessidades e demandas. Deparei-me ainda com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desta equipe, que mesmo com toda dificuldade enfrentada, lutavam em seu cotidiano de trabalho no intuito de garantir a melhor assistência à saúde possível à sua comunidade. Nesta experiência pude compartilhar saberes e experiências anteriormente vividas, incentivar os profissionais e atuar junto aos mesmos no intuito de mudarmos a realidade vivenciada em nosso cotidiano de trabalho, mediante a escassez de recursos e pessoal. Uma luta por direitos em busca de melhorias no sistema de saúde local e municipal.

Depois de trabalhar dois anos em Guarapari, solicitei meu desligamento e assumi outro vínculo estatutário ainda no litoral sul, no município de Anchieta, que possui alta arrecadação de impostos devido ao seu grande parque industrial, quando comparado à região. Na saúde, este município possui uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 100%, o que pode ser considerado um avanço.

Em Anchieta encontrei outra realidade de saúde, comparada à vivência anterior. Apesar de possuir comunidades também desprovidas de recursos físicos e materiais, Anchieta é um município com grandes investimentos em políticas públicas sociais, mediante sua alta arrecadação e interesse da gestão municipal, o que pode ser notado, por exemplo, na saúde, a partir da estrutura física das unidades de saúde, da composição das equipes ou até mesmo da disponibilidade de materiais e equipamentos.

Fui surpreendido, ao ingressar mais uma vez em uma equipe de saúde da família, com a recente criação de CLS em cada uma das USF do município, a partir do

discurso de possibilitar a participação da comunidade na gestão das políticas e do sistema de saúde municipal e local. Ao procurar conhecer mais a respeito destes CLS, descobri que o município de Anchieta havia recebido uma importante premiação na 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o “Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS”, em sua quarta edição, graças a experiência exitosa de instalação dos CLS em 100% de seus territórios de saúde.

Ao mesmo tempo em que ingressava no município de Anchieta, dei lugar ao desejo antigo, mas não silenciado pela prática profissional, de enveredar no mestrado em Saúde Coletiva no intuito de aprofundar meus conhecimentos a respeito do SUS, fortalecer os ideais profissionais semeados em mim ainda na graduação e buscar respostas (ou ainda mais questionamentos) a respeito da realidade vivenciada no cotidiano de trabalho até então. Foi quando tive a grande oportunidade de ir além das disciplinas cursadas e fazer parte do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES), coordenado pelas Professoras Dra. Maristela Dalbello Araújo e Dra. Francis Sodré, onde percebi que as sementes ora plantadas, germinavam como desejos de lutar em prol de um SUS de qualidade, resolutivo, equânime e integral. Assim, compreendi que para alcançar este SUS desejado e conquistado legalmente, seria muitíssimo relevante a participação social em seu âmbito.

A decisão de estudar este tema veio, portanto, ao compreender que a participação social é essencial para que o SUS desenvolva-se e alcance os objetivos sonhados pelo Movimento Sanitário, transformados em princípios e diretrizes constitucionais. Uma participação entendida como a partilha de poder entre o Estado e a sociedade, que possibilite a gestão participativa do SUS, a fim de construir políticas e ações que realmente correspondam às demandas da comunidade.

Ao decidir sobre este tema, lembrei-me dos CLS criados em Anchieta, principalmente ao observar o conselho que se reunia na USF em que trabalhava. Comecei a indagar-me se o discurso antes evocado em sua criação, não teria agora sido silenciado. Questionei-me quem eram estes conselheiros. Desejava saber de onde eles vinham a quem representavam, e a partir de quais interesses. Estava interessado em descobrir se os CLS, uma vez criados, geravam ou não alguma

repercussão no cotidiano dos serviços de saúde. Diante destes questionamentos, estruturamos este estudo a partir dos seguintes objetivos:

- Analisar o processo de criação e implantação dos CLS do município de Anchieta/ES;
- Descrever o perfil socioeconômico dos conselheiros eleitos;
- Investigar como os CLS influenciaram a política de saúde municipal;
- Identificar que fatores que apoiaram ou limitaram a participação social nos referidos conselhos.

A partir do momento em que propomos analisar o processo de criação e implantação dos CLS em Anchieta, elegemos a pesquisa qualitativa por entendermos que a natureza deste problema de pesquisa exigia uma abordagem capaz de buscar interpretações dos fenômenos sociais, no sentido de analisar as vivências e experiências a partir das relações sociais (MINAYO, 2008), possibilitando uma investigação do processo, não apenas dos resultados e do produto (GASKELL, 2002). Entretanto, foi importante também agregarmos alguns aspectos da pesquisa quantitativa, a partir do uso de estatísticas descritivas, para colaborar com esta análise, conforme evidenciaremos posteriormente.

Minado e Sanches (1993) afirmam que a pesquisa qualitativa

[...] realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993, p.244).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, realizamos uma análise prévia a partir de alguns contatos com cada unidade de saúde do município, perguntando nestas quem poderia nos informar um pouco a respeito do CLS. Em cada unidade foi nos indicado uma pessoa (usuário ou profissional), geralmente conselheiro de saúde daquela localidade, para nos fornecer algumas informações preliminares relacionadas ao funcionamento do conselho desde a sua criação e implantação. Propomo-nos a realizar esta análise prévia para nos aproximarmos do cotidiano dos

conselhos, identificarmos a frequência de reuniões realizadas, a presença de conselheiros eleitos nas mesmas e a frequência de encaminhamentos ou solicitações emitidos, a fim de elegermos o modo em que conduziríamos o estudo.

A partir desta análise prévia, identificamos que alguns conselhos foram pouco ativos desde sua criação e implantação, sendo que a partir de 2012 a maioria já não funcionava mais. Outros, porém, destacaram-se e mantiveram suas atividades até 2012, como o CLS da ESF Jabaquara, da ESF Centro II e da ESF Mãe-Bá. Aparentemente, isso aconteceu porque alguns conselheiros abandonaram seus mandatos, ou ainda porque a partir de 2013 uma nova gestão assumiu o município, e novas eleições do CLS ainda não ocorreram, a fim de manter as atividades dos conselhos.

De acordo com a Lei nº 628, de 3 de agosto de 2010, que dispõe sobre a criação destes CLS, os mandatos poderiam ser encerrados em 2012 ou prorrogados por igual período (ANCHIETA, 2010a). Entretanto, até o presente momento, nada foi definido pela gestão atual em relação a esta questão, o que tem comprometido a manutenção dos conselhos, mesmo os que se mantiveram mais atuantes até 2012. Logo, ficamos impossibilitados, inclusive, de propormos como técnica de pesquisa a observação de reuniões, pelo fato de não estarem acontecendo durante o desenvolvimento deste estudo.

Diante deste cenário e dos questionamentos que nos inquietavam, decidimos então estruturar a pesquisa, a fim de alcançarmos os objetivos propostos, dividindo-a em quatro etapas, a saber: 1) Pesquisa bibliográfica; 2) Coleta de dados a partir de um questionário, com perguntas abertas e de múltipla escolha; 3) Entrevista orientada por roteiro semi-estruturado; e 4) Análise documental.

A pesquisa bibliográfica levou em consideração as orientações dadas por Gil (2006) para coleta de informações, uma vez que buscamos uma profunda análise do tema, em diversas fontes bibliográficas, denominadas “fontes de papel”, como livros, publicações periódicas, além de outros impressos diversos, portais eletrônicos, dentre outras fontes. Para o referido autor

[...] A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2006, p. 45).

Assim, esta primeira etapa deste estudo foi constituída a partir dos principais descritores que fundamentariam nossas discussões. São eles: descentralização, participação social, democracia e Conselhos Locais de Saúde.

A segunda etapa, correspondente à aplicação de questionário (APÊNDICE A). O questionário foi composto por questões que abordaram informações quanto ao perfil socioeconômico e político dos conselheiros. Procuramos investigar quem eles representavam, se já possuíam ou não experiências anteriores de participação em fóruns políticos e se eram filiados a algum partido político, a fim de percebermos se havia ou não participação direta de conselheiros filiados aos partidos políticos que compuseram a coligação do prefeito em exercício na época de criação e implantação dos conselhos, o que poderia nos apontar as influências da gestão municipal neste fórum de participação social.

A amostra selecionada para aplicação deste questionário foi composta por 54 (cinquenta e quatro) conselheiros e representou 50% do número total de conselheiros eleitos em todos os nove conselhos de saúde. Para fins de análise, dividimos a mesma em dois grupos. O primeiro referiu-se aos 20 (vinte) representantes dos usuários moradores destes territórios, e o segundo aos 34 (trinta e quatro) representantes dos profissionais de saúde da ESF. Para selecionarmos esta amostra, consideramos os seguintes critérios: a) Ter sido eleito ou selecionado como conselheiro a partir da criação dos CLS em 2010; b) Ser conselheiro titular, prioritariamente, ou suplente, no caso em que não foi possível ter acesso ao titular.

A terceira etapa deste estudo consistiu em entrevista orientada por roteiro semi-estruturado, no intuito de analisarmos o processo de criação e implantação dos CLS e investigarmos como os referidos conselhos influenciaram (ou não) a política de saúde municipal. A entrevista foi aplicada aos conselheiros de saúde de dois conselhos selecionados, a partir das informações que obtemos com a análise prévia realizada, que nos indicou a atuação e funcionamento dos CLS. No total,

entrevistamos treze conselheiros de saúde, utilizando os mesmos critérios de inclusão citados anteriormente.

Para as entrevistas, decidimos seguir a sugestão da banca de qualificação deste estudo, e selecionamos, dentre os conselhos existentes, duas experiências distintas no município: uma constituída de um conselho mais atuante, cujo seus conselheiros reuniram-se regularmente desde sua criação, e outra cujo conselho não se manteve ativo desde o princípio. Esta seleção nos possibilitou uma análise diferenciada do problema de pesquisa, evidenciando ainda os fatores que constituíram apoio ou entrave ao desenvolvimento dos CLS em Anchieta.

Optamos pela técnica de entrevista, pois se mostra como uma técnica relevante, uma vez que a partir dela os sujeitos expressam por meio de ideias, crenças, opiniões, sentimentos, atitudes e comportamentos uma representação de sua realidade (MINAYO, 2007).

Em relação à modalidade de entrevista, optamos pela utilização de um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B) por acreditarmos ser importante para dar direcionamento ao entrevistador em questões fundamentais da pesquisa durante a entrevista, sem, contudo, roubar-lhe a liberdade de adaptá-la de acordo com o retorno do entrevistado, tornando cada entrevista única (FLICK, 2004; MINAYO, 2008).

Finalmente, a quarta etapa da pesquisa, que na realidade ocorreu concomitantemente às demais, consistiu em uma análise documental. Nesta etapa exploramos a Lei nº 628, de 3 de agosto de 2010, que dispõe sobre a criação dos CLS (ANCHIETA, 2010a), o Regimento Interno do CLS da ESF Centro III (ANCHIETA, 2010b) e algumas anotações de reuniões ocorridas em um dos conselhos selecionados para este estudo, uma vez que não existiam atas que registrassem o conteúdo das mesmas. Esta análise foi importante para nos possibilitar o alcance de elementos que trouxeram indicações sobre o processo de criação e implantação, além do desejado funcionamento dos referidos conselhos.

A análise documental mostra-se relevante por permitir ao pesquisador analisar materiais que muitas vezes ainda não receberam nenhum tratamento analítico,

denominados “fontes de primeira mão” (GIL, 2006), como exemplo documentos oficiais, atas de reuniões, diários e reportagens. São importantes ainda porque possibilitam resgates históricos relevantes aos temas de pesquisas, colaboram com a reflexão crítica a respeito dos mesmos e com compreensão da realidade atual (GIL, 2006).

Ao reunir cada um dos produtos deste estudo, partimos para a análise e tratamento do material. Os dados fornecidos a partir da aplicação dos questionários foram categorizados e analisados por meio do emprego de estatísticas descritivas, gerando gráficos e tabelas, levando-se em consideração o número total da amostra para realização dos cálculos estatísticos.

Os dados provenientes das entrevistas realizadas foram expostos a uma leitura profunda, repetidas vezes, sempre retornando à leitura crítica e reflexiva do referencial teórico selecionado para embasamento da pesquisa, no intuito de identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento da criação, implantação e repercussões dos CLS em Anchieta e da participação social no município.

Para isso, escolhemos a proposta da Análise de Conteúdo de Bardin (2000), cujos procedimentos metodológicos da análise consistem em: categorização, inferência, descrição e interpretação. Nos empenhamos em um trabalho de leitura e releitura dos materiais das entrevistas, até que as categorias de análise começaram a emergir. Desta forma construímos quatro categorias de análise. São elas: 1) Ser ou não ser conselheiro de saúde? Eis a questão!; 2) O não pertencimento e a não-participação; 3) Conselhos Locais de Saúde: elos, meios e mediações; e 4) A exogenia da administração e os obstáculos à participação social.

A pesquisa primou por atender as prerrogativas da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos (BRASIL, 1996). Logo, a aplicação dos questionários e a realização das entrevistas se deram mediante a autorização dos pesquisados, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), quesitos indispensáveis à

aprovação desta pesquisa pelo comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com seres humanos desta Universidade (ANEXO A).

Ao final, esta dissertação, portanto, foi organizada em três capítulos que agora apresentamos. No primeiro nos dedicamos a discorrer a respeito da pesquisa bibliográfica, realizada com base nos descritores que fundamentaram nossas discussões. Iniciamos com uma breve revisão teórico-histórica da categoria “descentralização”, até a mesma tornar-se diretriz constitucional do SUS e finalizamos questionando suas aplicabilidades à ampliação ou não da democracia e da participação social quando nos referimos aos CLS.

A partir do segundo capítulo, trouxemos os resultados e discussões provenientes da aplicação dos questionários aos conselheiros de saúde, buscando caracterizar o perfil socioeconômico e político dos mesmos, em busca de relacioná-los à instituição e funcionamento, ou não, dos CLS no município de Anchieta.

No terceiro capítulo, apresentamos e discutimos os dados provenientes das entrevistas realizadas com os conselheiros, em uma busca de promover um diálogo sobre as nossas inquietações e críticas com os sujeitos da pesquisa e os autores ora evocados para a construção do nosso referencial teórico.

Finalizamos o trabalho tecendo algumas considerações finais, porém, estamos longe de concluirmos as ideias ou trazermos respostas prontas. Ao contrário, apontamos caminhos e (des)caminhos que facilitam, fomentam ou silenciam a participação social nos conselhos locais de saúde – algo que objetivávamos responder durante a trajetória no mestrado em saúde coletiva.

1 DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CONTROVÉRSIAS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS

1.1 DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE: CONCEPÇÕES E CONCEITOS

A análise da evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil nos revela que, mesmo em meio a controvérsias entre momentos autoritários e centralizadores na formulação e na execução das políticas sociais, a descentralização da assistência e gestão em saúde foi uma das marcas dos anos 90, após intensos embates políticos e ideológicos promovidos pelo movimento de redemocratização do país, que na saúde destacamos o Movimento da Reforma Sanitária (MRS). Entretanto, que sentido de descentralização foi atribuído ao SUS e às políticas de saúde? Por que este conceito alcançou destaque nas discussões políticas e sociais no Brasil e no mundo?

Principalmente no setor público, descentralizar ganhou sentido de flexibilização da gestão a partir dos governos centrais, num processo de transferência de autoridade e/ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para níveis subnacionais, a partir do pressuposto que na gestão municipal é possível um maior controle de qualidade das políticas públicas pelo cidadão/usuário dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 1999; TOBAR, 1991).

Contudo, Tobar (1991) adverte que existem alguns riscos à utilização do termo “descentralização”, que se tornou moda entre políticos, administradores e cientistas a partir das décadas de 80 e 90, uma vez que falar em descentralização tornou-se olhar a partir de um prisma; o termo transformou em um “camaleão político”, que se adequa de acordo com os interesses de quem o utilize.

Assim, em um olhar o conceito foi esboçado a fim de representar uma importante ferramenta capaz de expandir e intensificar a democracia, garantindo inclusive a

universalidade na cobertura dos serviços públicos, na busca pela aproximação dos serviços às necessidades dos cidadãos e possibilitando a ampliação da participação social. Porém, em outro olhar, o conceito tornou-se mecanismo de controle e dominação, instrumento para a privatização de serviços, e até mesmo passou a significar a capacidade individual de cada cidadão de custear o seu próprio atendimento, representando nitidamente os interesses do projeto político econômico que rege o sistema capitalista mundial (TOBAR, 1991; LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

A inclusão da descentralização na agenda das políticas governamentais nem sempre foi carregada de conotações positivas. Há registros de tensões e divergências históricas relacionadas à dicotomia centralização-descentralização, uma vez que estes conceitos estão relacionados à disputa de poder e recursos financeiros (TOBAR, 1991).

Ao longo da história, os governos oscilaram entre os que privilegiavam a "eficiência" e os que privilegiavam a "eficácia" na alocação de recursos para o financiamento público descentralizado. Os postulados destes dois grupos políticos divergem em vários aspectos (TOBAR, 1991).

O primeiro grupo, chamado "eficientista" considerava que a prioridade do Estado deveria ser sempre o crescimento do país. Logo, descentralizar seria um retrocesso, pois o progresso do país dependia da centralização como estratégia econômica de alocação dos recursos nos centros, nas metrópoles, pois era nelas que os rendimentos cresciam cada vez mais (TOBAR, 1991).

Já o segundo grupo, denominado "descentralista", defendia a descentralização por acreditar que a alocação de recursos deveria acontecer de forma equânime em toda extensão territorial, considerando a potência governamental do poder local, com vistas a favorecer a administração e facilitar o processo político (TOBAR, 1991).

Nesta disputa conceitual e ideológica, os ideais descentralistas tornaram-se mais populares no momento em que começaram a ser defendidos pelos organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), o World Bank e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a partir da década de 80. Neste

período, destacou-se uma publicação intitulada “Decentralization and development” (1983), de autoria de G. Shabbir Cheema e Dennis A. Rondinelli. Nesta, foram enunciadas diversas funções da descentralização para a organização política e econômica do mundo ocidental. Como exemplo, podemos citar a diminuição dos efeitos negativos da burocracia, o respeito às prioridades e necessidades locais, a facilidade de uma maior representatividade na formulação de decisões, maior equidade na alocação dos recursos e ainda o aumento da legitimidade e estabilidade institucional (TOBAR, 1991).

Todavia, de acordo com Tobar (1991), o argumento mais relevante da descentralização na referida publicação, foi o de que ela é capaz de reduzir os gastos financeiros relacionados à superconcentração do processo decisório, possibilitando ainda o aumento do número de bens e serviços públicos, bem como a eficiência de sua prestação a custos mais baixos. Portanto foi a funcionalidade econômica da descentralização a responsável por aumentar sua popularidade nos meios políticos e gestores.

É a partir desta popularidade da descentralização que o seu uso tornou-se mais comum, podendo ser notado várias possibilidades de experiências “descentralizadoras”, com realidades e sentidos completamente diferentes, de acordo com a base ideológica que as fundamentam (TOBAR, 1991).

Diante deste contexto, achamos essencial o estudo das diferentes classificações da descentralização, uma vez que de acordo com o grau de poder político transferido, existem diferentes tipos de descentralização. Dentre as diversas classificações, destacamos algumas, conforme quadro esquemático a seguir:

FIGURA 1 – Diferentes classificações da descentralização

Descentralização tipo desconcentração	Descentralização tipo delegação	Descentralização tipo devolução
<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde apenas à transferência de responsabilidades e funções a outras instâncias, sem possibilitar autonomia e poder decisório. Pode ser considerada a forma mais tímida de descentralização. 	<ul style="list-style-type: none"> • A delegação é a transferência de responsabilidades gerenciais do Estado para organizações não governamentais, porém com manutenção do financiamento e regulação estatal. Assim envolve relações entre o Estado e a sociedade civil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciona-se à transferência não apenas de responsabilidades, funções e recursos, mas também de poder decisório e autonomia para as esferas locais, no intuito de fortalecê-las.

FONTE: MENDES, 2006; TOBAR, 1991; PASCHE et. al, 2006; SILVA, 2012

Acreditamos que, no que se refere ao Brasil e ao SUS, a classificação que predomina é a descentralização como “devolução”, também presente na conceituação que adotamos, pois foi desta forma que foi idealizada a fim de ampliar a autonomia das esferas estaduais e municipais na gestão e execução das políticas de saúde (MENDES, apud PASCHE et. al, 2006).

No setor saúde, podemos considerar que a descentralização ocorreu basicamente em dois momentos ao longo da história do Brasil. O primeiro momento refere-se ao período entre a década de 60 e 70 do século passado e o segundo a partir da década de 80 (JACOBI, 1996).

O primeiro momento foi caracterizado por intensa centralização de poder e recursos por parte do governo federal, principalmente com o advento da ditadura militar, em 1964 e da reforma tributária em 1967, uma vez que o regime estabeleceu um movimento de desmunicipalização das responsabilidades sociais, o que gerou afastamento dos municípios do processo decisório das políticas públicas no âmbito do Estado, influenciado pelas políticas centralizadoras, que eram as balizas dos militares (JACOBI, 1996; VENÂNCIO, 2001). Cabe destacar também que este período histórico foi marcado pelos grandes contrastes de recursos financeiros e poderes em um sistema de saúde dicotômico e dividido entre a assistência médica previdenciária, excludente e desigual, e a saúde pública, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (JACOBI, 1996).

Entretanto, a história brasileira revela que a descentralização político-financeiro-administrativa já era desejada desde os anos 60, pois o Relatório Final da III CNS, realizada em 1963, destacou a descentralização e transferência de poder aos municípios como ideais a serem alcançados pelo sistema de saúde brasileiro (VENÂNCIO, 2001).

Os ideais da descentralização começaram a se destacar com a conquista de alguns governos municipais pela oposição, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), principalmente em prefeituras como a de Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Niterói (RJ), e Piracicaba (SP), que na saúde, passaram a programar modelos alternativos de serviços de saúde, focados na atenção primária (ELIAS, 1996).

Já na década de 80, correspondente ao segundo momento histórico da descentralização no Brasil (JACOBI, 1996), foi iniciado um processo de expansão da cobertura assistencial do sistema de saúde, no intuito de atender as proposições formuladas pela OMS a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000" (NETO; CUTAIT; TERRA, 2013).

Neste mesmo período, o MRS emergiu caracterizado por liderar um intenso embate político-social que contou com a participação de intelectuais, trabalhadores da área da saúde, além de outros movimentos sociais organizados com inserção na saúde e alguns parlamentares apoiados por estes atores sociais. Dentre suas inúmeras vertentes, podemos caracterizá-lo principalmente pela crítica e questionamento ao modelo de saúde altamente excludente, hospitalocêntrico, e centralizado no âmbito federal, além de mergulhado em articulações políticas que favoreciam o setor privado e os seus lucros (AGUIAR; OLIVEIRA, 2003).

Mesmo em pleno regime militar, o MRS defendia, entre vários ideais, a construção de uma política de saúde efetivamente democrática, pautada em princípios como a descentralização e a universalização (NETO; CUTAIT; TERRA, 2013).

Este movimento ocupou a máquina pública nas burocracias federais e estatais, promovendo muitos debates em eixos como a integralidade, a universalidade da assistência à saúde, a descentralização do poder e recursos do âmbito federal para estados/municípios e a participação social nas formulações e decisões das políticas públicas de saúde (AGUIAR; OLIVEIRA, 2003).

Logo, desde a década de 80 a descentralização tem sido evocada de forma veemente, tanto no plano retórico, quanto da ação, como a melhor alternativa para produzir mudanças no setor saúde, principalmente com a ampliação do acesso. O grande desafio então deste processo tem sido transformar a ideia hegemônica difundida que apregoa que o sistema de saúde é um caos sem fim, mediante as fraudes, os desperdícios financeiros e os enormes nós críticos. E a aposta nesta transformação vem a partir do realce dos melhores atributos da esfera local, com a descentralização, pois pela proximidade entre governante e governados, pela menor

complexidade administrativa, pelo menor grau de burocratização, e pela maior capacidade para fiscalizar e prover os serviços de saúde, essa mudança no ideário comunitário seria alcançada. Assim, os municípios foram aos poucos sendo transformados nos principais depositários na luta contra as fraudes e os desvios existentes no sistema de saúde, principalmente a partir dos conselhos de saúde (ELIAS, 1996).

Dentre as várias propostas deste movimento para implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, fundamentada nestes princípios, podemos citar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), criado em 1980, que na verdade não se efetivou, e o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), também dos anos 80 (FRANÇA, 1998; NETO; CUTAIT; TERRA, 2013).

O CONASP foi instituído mediante a crise financeira do sistema de saúde e previdenciário do país. Elaborou um novo plano de reorientação da assistência à saúde brasileira, por meio de princípios como a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial (ACURCIO, 2013).

Dentre as principais atividades do CONASP, a que mais se destacou foi a implementação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de 1983, que constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde (JACOBI, 1996; NETO; CUTAIT; TERRA, 2013).

A política de AIS tinha como objetivo integrar os serviços de assistência à saúde de uma dada região, e para isso estabeleceu convênios entre os Ministérios da Previdência e Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, que recebiam recursos para executar o programa e repassava aos municípios que também aderiam aos convênios (ACURCIO, 2013).

Esta política se fortaleceu a partir do período pós-ditatorial, principalmente no que diz respeito à valorização das instâncias de gestão colegiada e à participação de

usuários dos serviços de saúde na gestão do sistema, no intuito de torná-lo mais acessível e correspondente aos ideais da Reforma Sanitária (CUNHA; CUNHA, 1998). Porém, os principais problemas relacionados à centralização e descoordenação do sistema permaneciam por não haver definição das atribuições ou responsabilidades específicas entre as esferas de governo na gestão dos serviços.

Neste sentido, foram fundamentais alguns fatos ocorridos neste período: em 1982 ocorreu a primeira eleição direta dos governadores; no mesmo período intensificou-se a mobilização em prol dos investimentos sociais; e em 1986 realizou-se em Brasília a VIII CNS, marco histórico para o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil baseado em ideais democráticos (JACOBI, 1996).

A VIII CNS contou com a ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde do país. Foi precedida por conferências municipais e estaduais e significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira, servindo de palco para a apresentação de um modelo de sistema de saúde revolucionário, em face da amplitude e profundidade das mudanças apresentadas no documento resultante e dos ideais que lhe servem de sustentação. Este documento, resultado das discussões da VIII CNS, serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após, em 1987 (CUNHA; CUNHA, 1998).

Dentre os ideais da Reforma Sanitária contemplados neste documento final da VIII CNS, destacamos os que se referem à defesa de um sistema de saúde descentralizado e que possibilitasse a autonomia municipal na formulação e execução das políticas e planos de saúde (VENÂNCIO, 2001).

Assim, mediante embates político-ideológicos e das diferentes propostas em relação ao setor saúde, inclusive referentes às inúmeras emendas populares à Constituição, o SUS foi criado, a partir da Constituição Federal de 1988, estabelecendo a saúde como um direito de todos os cidadãos a ser assegurado pelo Estado, mediante ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada; um sistema pautado em importantes diretrizes como

descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Além da Constituição de 1988, outras legislações foram elaboradas no intuito de regulamentar de forma mais clara os sentidos atribuídos à diretriz constitucional sobre a “descentralização”. Dentre estas, destacamos a “Lei Orgânica da Saúde” nº 8.080/90, que aborda a descentralização político-administrativa do SUS, com vistas a descentralizar os serviços para os municípios, a partir de critérios de regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Em seguida, foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas (NOB's) nos anos de 1991, 1993 e 1996 e ainda as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) nos anos de 2001 e 2002, e nos Pactos pela Saúde a partir de 2006, legislações estas que foram fundamentais para solidificar as discussões a respeito do processo de descentralização e transferi-las para o campo da prática, pois estabeleceram ações, serviços, recursos e responsabilidades aos municípios, estados e âmbito federal.

A proposta de descentralização contida nestas legislações foi muito audaciosa, no sentido de corresponder a variados e complexos aspectos da gestão e execução das políticas públicas, como o modelo assistencial, a redefinição de competências das esferas de governo, e a questão dos recursos humanos (ELIAS, 1996).

No entanto, nos questionamos se descentralizar a assistência, a gestão, a participação, conforme as referidas legislações e outras a respeito proferem, seria sempre algo vantajoso para os municípios ou para as comunidades. Será que quanto mais descentralizados os serviços, maior qualidade é acrescida aos mesmos? Será que quanto mais descentralizadas as arenas de participação, mais democráticas tornam-se as discussões, as relações, as políticas públicas? Questionamentos como estes vêm e vão a nossas mentes e nos levam a uma reflexão crítica baseada em alguns autores a seguir.

1.1.1. Descentralização: outros olhares... Outro debate

Até o momento discorreremos a respeito da descentralização e apresentamos um breve resgate histórico do conceito, com problematizações quanto aos possíveis usos, mostrando o seu potencial, mesmo envolto ao risco dos possíveis desdobramentos deste conceito. Agora, porém, nos dedicaremos a discorrer a respeito dos possíveis entraves à concretização desta diretriz constitucional, bem como mitos que a envolve, principalmente no que diz respeito à autonomia municipal e à democratização das políticas públicas de saúde.

Um dos pilares da descentralização é justamente a municipalização, a partir do discurso de que a instância municipal é o melhor lugar para gerir as políticas e os recursos públicos (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 1999). Todavia, como a maioria dos municípios brasileiros não têm condições financeiras e administrativas próprias e capazes de subsistir como esfera autônoma de governo, os mesmos tornam-se reféns das esferas estadual e federal para manter seus compromissos financeiros e administrativos, o que compromete substancialmente suas prerrogativas como poder local, sobretudo em relação à sua autonomia (ELIAS, 1996).

E ao promover a descentralização, principalmente a partir da municipalização nestes moldes e realidades, ações, serviços, recursos e responsabilidades foram estabelecidos aos municípios sem a devida cooperação e apoio técnicos das esferas estadual e federal, o que ocasionou a criação de sistemas municipais muitos distintos que passaram a apresentar dificuldades em seus potenciais resolutivos e tornaram-se atomizados, desarticulados (SPEDO, TANAKA, PINTO, 2009).

Neste sentido, enquanto a esfera federal mantém-se em uma posição confortável em relação à descentralização de responsabilidades aos estados e municípios, por estar livre do ônus político, social e econômico que representa a saúde e a previdência, os municípios, principalmente, enfrentam o grande desafio de se aproximar das inúmeras demandas sociais dos cidadãos, sem ter capacidade fiscal para atendê-las suficientemente (MENDES, 2006; LUZ, 2001). Uma situação que causa prejuízos principalmente aos usuários dos serviços de saúde, pois não

conseguem acessar um direito que é legalmente constituído devido estas falhas do sistema (SILVA, BENITO, 2012).

Venâncio (2001) também considera que a descentralização pode vir acompanhada de efeitos negativos. Dentre estes a autora cita a fragmentação dos serviços, a perda de escala, o enfraquecimento das estruturas centrais, as possíveis iniquidades, a ineficiência, o clientelismo local, a privatização do Estado e o aumento do emprego, do gasto público e dos custos de transação.

Apesar da área da saúde ser considerada como o exemplo mais consolidado da descentralização no país, Barros e Silva (1995) também relativizam seus benefícios, quando apontam as dificuldades de relacionamento entre distintas esferas de governo e entre estas e o setor privado prestador de serviços, o que compromete os resultados positivos do processo.

Outro aspecto interessante da descentralização é que, comumente, ela está associada à democracia. Arretche (1996) apresenta que existem duas vertentes principais que consideram esta associação. De um lado os progressistas, que acreditam na descentralização como uma estratégia para a participação de sujeitos sociais em decisões políticas. De outro, os liberais, que afirmam que a descentralização pode representar uma ruptura com estruturas centralizadas, possibilitando uma sociedade com mais iniciativas políticas.

E nesse plano, questionamos o pressuposto inicial que a esfera municipal de governo seja mais democrática por estar mais próxima da população, e que as autoridades locais detenham melhor conhecimento das necessidades dos munícipes.

É necessário considerar, por exemplo, se a esfera local possui aparato técnico suficiente para exercer todas as atribuições que lhe são conferidas, visando o alcance mínimo de eficácia social que responda de modo socialmente competente às demandas da população (ELIAS, 1996).

Questionamos ainda a suposição que com a descentralização haveria o aumento da eficiência e da transparência das políticas públicas, uma vez que as decisões públicas seriam aproximadas dos cidadãos. Mendes (2006) esclarece que não há evidências de que esse processo de descentralização para os governos locais tenha alcançado estes objetivos, por não ter garantido maior eficiência e responsabilidade, apesar de grandes avanços na ampliação da oferta local de serviços e na autonomia dos estados e municípios (ARRETCHE, 2003; MENDES, 2006).

Tobar (1991) também traz uma crítica à definição de que uma vez instaurado o processo de descentralização, estaria garantida a gestão democrática do sistema. Segundo o autor, esta afirmação opera com uma visão tecnocrática que não leva em consideração as necessárias mudanças que o movimento descentralizador deve gerarnas correlações de forças e poder. Há omissão da existência de projetos hegemônicos no poder e da necessidade de gestar alternativas de mudança.

Nunes (1996) critica a ideia que o poder local é mais factível de ser democratizado e de servir de palco a uma maior participação por estar “mais próximo” do cidadão. Esta crítica se embasa em três argumentos. O primeiro refere-se o fato de que qualquer esfera de gestão pública, mesmo a central ou as mais periféricas, possui uma abstração no imaginário da comunidade - no sentido de ser uma instância de poder longe, distante da vida da sociedade, e o município não é nem mais nem menos abstrato que os demais níveis de governo. O que ocorre com maior frequência no caso municipal, quando comparado a outras esferas de poder, é que as pautas de discussão são mais concretas, são mais facilmente compreendidas pela maioria da população, uma vez que correspondem diretamente às necessidades vivenciadas no cotidiano, demandas aos gestores (NUNES, 1996).

O segundo argumento utilizado pelo autor é que como a democratização depende cada vez mais de decisões mais universais, o município, sem autonomia adequada, torna-se refém de instâncias superiores que detém o poder, sendo submetido politicamente à influência delas. Já o terceiro argumento, refere-se ao risco de que a proximidade possa dar lugar ao clientelismo e ao uso indiscriminado de poder pelas oligarquias, muito mais fortes em âmbitos mais locais, o que significaria um retrocesso ao processo de democratização desejado (NUNES, 1996).

Não se pode negar, todavia, que a descentralização, apesar de não garantir automaticamente a participação social, nem a democratização, pode possibilitar a criação de novas instâncias de negociação e novas alternativas de ordenamento da estrutura organizacional do sistema de saúde, que sejam mais permeáveis às demandas dos cidadãos.

Porém, para garantir a democracia na sociedade, não basta descentralizar. Existem alguns princípios democráticos que precisam estar também incorporados nas instituições. Dentre estes podemos citar: o controle do governo pelos cidadãos, o direito ao voto, a priorização das demandas das minorias, o acesso à educação para cidadania e a participação popular (UGA, 1991). Caso estes princípios não estejam incorporados às instituições durante processos de descentralização, ocorrerá apenas transferência de poder do centro para as instâncias locais, com o risco apenas de deslocar a centralização (ARRETCHE, 1996).

Vianna e Piola (1991) apontam uma série de pressupostos necessários para o alcance de uma descentralização que preserve minimamente a autonomia das esferas locais. Dentre estes pressupostos, destacamos: 1) A necessidade das esferas de governo compartilhar responsabilidades em relação à saúde da população; 2) A obrigatoriedade de recursos federais claros e suficientes ao financiamento da saúde; 3) A efetiva transferência de poder decisório, e não apenas de recursos financeiros, de modo a conferir ao nível local uma maior governabilidade na condução da política de saúde; 4) Mudanças Constitucionais necessárias a fim de flexibilizar o uso dos recursos federais por parte das instâncias estaduais e municipais; e 5) A intensificação da participação de usuários conscientes do potencial estratégico que possuem na gestão das políticas e do sistema de saúde.

Assim, é possível o êxito no processo de descentralização à medida que existir ambiente social e cultural propenso a mudanças e enfrentamentos de problemas múltiplos a partir da capacidade de intervenção de diferentes atores sociais (VENÂNCIO, 2001). O que mais uma vez reforça a relação entre a descentralização e participação social, no intuito de tornar mais democrático o planejamento e a execução das políticas públicas de saúde.

1.2 DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: PROJETOS ALINHADOS

A partir da década de 90, os pilares fundamentais da descentralização passaram a ser o financiamento das ações de saúde e a participação social, uma vez que a constituição e o funcionamento pleno dos fundos e dos conselhos de saúde tornaram-se requisitos indispensáveis para que estados e municípios se candidatassem à descentralização, o que ocasionou um intenso crescimento no número de conselhos de saúde no Brasil (ELIAS, 1996).

Desde 1988, o texto constitucional explicitava que as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que tivesse como diretrizes fundamentais a descentralização e o atendimento integral – com prioridade para as atividades preventivas e ainda a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde, institucionalizados pela Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990, representaram o desejo que a participação social assumisse lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde. Composto de modo paritário pelos representantes dos usuários e pelos demais segmentos, foram considerados como uma possibilidade à vocalização dos interesses e da intervenção de grupos e setores usualmente segregados do plano das deliberações políticas na saúde (CORREA, 2000; BRAVO, 2001).

Entretanto, ao analisarmos algumas pesquisas e os dispositivos legais, notamos em muitos destes a adoção da expressão “controle social” como sinônimo de “participação da comunidade” ou “participação social” na gestão do SUS. Porém, como esta expressão tem sido alvo de muitas discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade (CORREA, 2008), e por não considerarmos tratar-se de um mesmo significado, decidimos trazer estas categorias, a partir de uma breve contextualização política/histórica, antes mesmo de aprofundarmos a discussão a respeito das relações entre a descentralização e a participação social.

1.2.1 Participação ou Controle Social?

A análise histórica revela que o termo “controle social” tem origem na sociologia e é empregado, neste contexto, para designar mecanismos de estabelecimento de ordem social e disciplinarização da sociedade, mediante padrões sociais e princípios morais aos quais os indivíduos são submetidos, a fim de assegurar a conformidade de seu comportamento. Contudo, na teoria política, o significado desta expressão mostra-se ambíguo, uma vez que pode ser concebido de diferentes formas, de acordo com diferentes concepções de Estado e de sociedade civil. Portanto, pode ser utilizado ora para designar o controle do Estado sobre a sociedade, conforme o sentido essencial advindo da sociologia; ou exatamente o contrário, no sentido de designar o controle da sociedade (ou de setores organizados da mesma) sobre as ações do Estado (CORREA, 2008).

Outro aspecto a ser analisado nesta discussão é que as expressões “controle social” e “participação social” assumiram significados diversos, de acordo com contextos referentes às concepções do processo saúde-doença e, principalmente, às relações entre o Estado e a sociedade. No início do século XX, por exemplo, período em que o país vivia o sanitarismo campanhista, as concepções de saúde-doença estavam ligadas à teoria dos germes (modelo monocausal) e os problemas de saúde eram explicados pela relação linear entre o agente e o hospedeiro, o que favorecia ações do Estado por meio de medidas de saneamento e controle de epidemias. Neste contexto histórico e político, o termo controle social também se relacionava ao controle do Estado sobre a sociedade, o que representa uma enorme diferença quanto à sua aplicação nos textos legais a partir da Lei Orgânica da Saúde (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Para reforçar a crítica ao conceito, apresentamos a pesquisa realizada por Guizardi et al. (2004) que analisou a presença e o sentido atribuído às categorias “controle social” e “participação social” nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), desde a oitava até a décima primeira. Os autores encontraram como resultados inúmeras divergências conceituais, como descrevemos a seguir.

Inicialmente, o relatório da VIII CNS trouxe o termo “controle social” com o sentido de garantir à participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde. Um sentido amplo que envolve o cidadão em todo o processo político, desde a formulação à intervenção e revela uma população que adquire condição de sujeito, protagonista na construção social do projeto de direito à saúde (GUIZARDI et al., 2004).

Já a partir da IX CNS, realizada em 1992, no auge do neoliberalismo e marcada por um cenário de intensos obstáculos à concretização do SUS, o projeto de participação construído até a VIII CNS mostrava-se comprometido, uma vez que o sentido de controle social tornou-se muito mais fiscalização e avaliação externa, se contrapondo à participação em todo o processo de construção, como antes. E ainda na X CNS os autores notaram uma consolidação e um enrijecimento normativo da direção tomada sobre o tema a partir da IX CNS - uma vez que o relatório refere-se aos Conselhos de Saúde como instâncias de acompanhamento e fiscalização, fortalecendo a concepção de exterioridade ao processo, cabendo a ele apenas acompanhar, fiscalizar ou ainda aprovar e autorizar (GUIZARDI et al., 2004).

Todavia, a partir da XI CNS realizada em 2000, o sentido atribuído ao controle social e à participação voltou a mudar, em relação à direção hegemônica que se configurou a partir da IX CNS caracterizada pela redução da participação ao controle social (externo) sobre o Estado e de sua restrição às instâncias instituídas pela legislação do SUS. A participação social passou a ser considerada em uma dimensão constitutiva como ação e intervenção no campo social, a partir do protagonismo de atores sociais implicados e aos efeitos dessa mobilização (GUIZARDI et al., 2004).

Portanto, ao percebermos estas inúmeras ambiguidades conceituais envolvendo os termos “controle social” e “participação social”, no intuito de evitá-las, optamos por adotar neste estudo o termo “participação social”, considerando-a como um agente de construção e efetivação do SUS, por meio da intervenção na produção do processo e não apenas em sua fiscalização. Uma noção que promove a constituição de sujeitos sociais (GUIZARDI et al., 2004).

Este conceito de participação social surgiu se contrapondo ao conceito de participação comunitária. A participação comunitária vem do termo comunidade no sentido de representar um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo ambiente e são expostas as mesmas condições sociais e culturais supostamente homogêneas, estando predispostas à solidariedade, ao trabalho voluntário e de ajuda mútua (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Tendo origem no início do século XX, ligada a experiências norte-americanas de medicina comunitária, a participação neste contexto tem como características a assistência social aos mais pobres e vulneráveis, a educação para o auto-cuidado, a solidariedade e coletivismo, a integralidade das ações e a descentralização e organização comunitária (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

No Brasil, este modelo de medicina comunitária só ganhou destaque a partir da década de 70, entendida como “passaporte para melhorias sociais” (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001, p.96), quando as ações e serviços de saúde oferecidos pela previdência social deixaram de corresponder às demandas da população, principalmente os não contemplados por ela.

Como a situação política do país na época, de pouca liberdade e ausência de democracia, não favorecia o fortalecimento das propostas de participação comunitária, muitas experiências perderam as forças. Porém outras persistiam, com um caráter de organização e politização comunitária, que contestava a situação do sistema de saúde vigente no intuito de propor um projeto contra-hegemônico, (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Assim, um novo sentido estava sendo atribuído ao termo, e aos poucos “participação comunitária” foi se consolidando como

[...] um processo social em que grupos específicos com necessidades compartilhadas, vivendo numa determinada área geográfica, perseguem ativamente a identificação de suas necessidades, tomam decisões e estabelecem mecanismos para atender a essas necessidades (RIFKIM et al., 1988, p.933 apud CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

E então, seguindo as vertentes anteriormente citadas de organização e politização comunitária, surge no início da década de 80, a partir do declínio do regime autoritário, o termo “participação popular”, num contexto de crise social e no sistema de saúde. Vale ressaltar ainda, que neste período houve ainda uma intensa crítica ao modelo de saúde hegemônico centrado na doença e em relações monocausais, principalmente a partir de atores posteriormente envolvidos na Reforma Sanitária, que trouxeram a esta discussão a grande interferência dos efeitos do meio social no curso das doenças, como as condições de moradia, educação, saúde e lazer. Neste sentido a participação popular ganhou destaque a partir do aprofundamento da crítica e radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema economicamente predominante (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

E para os referidos autores, o termo “participação popular” é considerado sinônimo de “participação social”, relacionando-a a propostas de gestões colegiadas e representativas que reconhecem e legitimam as organizações da sociedade civil, a partir do final da década de 70 e início da década de 80, período que houve uma multiplicação de movimentos e organizações populares na área da saúde, em vários contextos (igrejas, associações e sindicatos). Todos com o intuito de alcançar uma “transformação política das práticas sanitárias e do conjunto do sistema de saúde” (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001, p. 97).

É por isso que neste estudo, buscando evitar as controvérsias conceituais, adotaremos a categoria participação social. Uma participação construída por diversos segmentos sociais empenhados por meio da mobilização, denúncia e contestação (LONGUI; CANTON, 2011) e que deve ser entendida como uma verdadeira partilha do poder entre o Estado e a sociedade civil, em espaços legalmente instituídos ou não, pois se a partilha de poder estiver comprometida, restrita ou limitada, restará à sociedade civil apenas funções consultivas, executoras e/ou legitimadoras das decisões previamente tomadas no interior da estrutura estatal (DAGNINO, 2002).

1.2.2 Descentralização e Participação Social

Os ideais da descentralização foram desenvolvidos em consonância com as discussões políticas quanto à participação social no Brasil. Um cenário de fortes embates entre o poder estatal, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, que marcaram o país, com uma trajetória de lutas pela ampliação democrática, pela participação da sociedade nos processos decisórios da gestão e controle dos recursos públicos.

Ao abordarmos as relações entre a participação social e a descentralização é essencial lembrarmos que até o início dos anos de 1980 a gestão pública no Brasil era caracterizada pela intensa centralização do poder decisório e da dotação financeiro-orçamentária na esfera federal, restando aos estados e municípios, apenas o papel de executores de políticas formuladas centralmente. Ao mesmo tempo, como os recursos eram centralizados em nível federal, tornaram-se comuns as articulações clientelistas entre governos estaduais, municipais e o federal, baseadas em “troca de favores”. Isto transformava as instâncias locais em agenciadores de recursos federais para o município ou estado, pois nas esferas locais de poder que as necessidades e demandas dos cidadãos eram diretamente expostas (DRAIBE, 1992).

Em meio a esta intensa centralização da gestão pública, não havia espaço para a sociedade civil no processo de formulação das políticas públicas, nem mesmo no acompanhamento da implementação dos programas ou no controle da ação governamental. Ao contrário, havia a predominância de três elementos no que dizia respeito às relações entre Estado e Sociedade, sobretudo a partir da década de 1980: o clientelismo, o corporativismo e o burocratismo; características que ocasionavam o desenvolvimento de políticas públicas marcadas pela fragmentação e desarticulação institucional entre diferentes esferas de governo (DINIZ, 1996).

A partir dos anos 1990, porém, intensificou-se o processo de descentralização político-administrativa e a municipalização das políticas públicas. Um processo que interferiu diretamente nas relações entre o Estado e a sociedade, levando a transformações e ao fortalecimento das instituições democráticas no país,

principalmente no que concerne aos governos locais, cujas mudanças na organização e funcionamento eram as mais desejadas, a fim de incorporar mudanças a partir dos canais de gestão democrática institucionalizados (ARRETCHE, 2000).

Nesta ótica, a descentralização e a participação passaram a estar intimamente relacionadas, sendo consideradas fundamentais para uma reorientação de políticas sociais que garantissem equidade e inclusão de novos segmentos da população na esfera do atendimento estatal. Uma luta por direitos que envolveria os próprios sujeitos como atores sociais, protagonistas no processo de construção das políticas públicas (DRAIBE, 1992).

E foi assim que a luta pela democratização da gestão pública alcançou a Constituição Federal, que sinalizou o princípio da gestão descentralizada e participativa (BRASIL, 1988). Uma luta que, na saúde, ganhou novos espaços legalmente instituídos, os Conselhos e Conferências de Saúde, considerados formas inovadoras de interação entre governo e sociedade, canais estratégicos de participação social, como já mencionamos.

Ao longo de mais de vinte anos de implantação, os conselhos e conferências de saúde consolidaram-se como espaços de mediação, participação social e intervenção de interesses e valores diversificados e plurais, tornando inegáveis os avanços alcançados com esta institucionalização, que ocorreu de forma expressiva nos anos 90, apesar de algumas limitações. A conquista desses espaços de participação foi decisiva para que o direito à saúde se efetivasse como direito de cidadania, pois possibilitou o fortalecimento da sociedade civil dentro do movimento de democratização das relações da sociedade e o Estado, que é considerado como um acontecimento inédito na história das políticas sociais no país, colocando a saúde como pioneira na luta pela consolidação dos direitos sociais (VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009).

Uma agenda que passou a interligar a descentralização e a participação social como eixos centrais para democratizar os processos de decisão a fim de garantir políticas

públicas com mais equidade e tentar romper com o autoritarismo e paternalismo brasileiro de intervenção estatal na área social (BRASIL, 2006).

Iniciativas que, implicitamente, levam em si a ideia de “cidadania ampliada”, que possibilita o acesso dos cidadãos ao processo de gestão das políticas públicas em nossa sociedade, indo de encontro à tendência centralizadora e autoritária brasileira e possibilitando a participação da sociedade civil na gestão da “coisa pública” (DAGNINO, 1994).

De acordo com a Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS (PARTICIPASUS), a descentralização ocorrida na gestão e execução das ações de saúde, característica fundamental do processo de implantação do SUS, é legitimada quando adota-se a gestão participativa, capaz de incluir novos atores nos processos decisórios em diferentes instâncias políticas (BRASIL, 2005).

Ao identificar o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, esta política apostou na ampliação da condição de cidadania, guiada pelos ideais reformistas. Assim, como em outros aspectos da descentralização, considerou o município como uma instância privilegiada para possibilitar a construção do modelo de atenção proposto para o SUS: resolutivo, equânime, humanizado e integral (a partir da regionalização). Esta fundamentação baseia-se no fato de que os municípios são mais capazes de corresponder às reais demandas e necessidades da população, por estarem mais “próximos” da realidade das pessoas. A descentralização então, como estratégia, estaria aliada à regionalização cooperativa, construída a partir de um pacto de gestão entre as distintas esferas do SUS, a fim de garantir o enfrentamento das inúmeras iniquidades em saúde, com integralidade e racionalidade (BRASIL, 2005).

A descentralização promoveria, logo, uma rede de participação social de alta capilaridade, um novo ciclo democrático no SUS, a partir da gestão participativa considerada um componente estratégico capaz de influir e interagir com outros fundamentos do processo de democratização (BRASIL, 2005).

A ideia de gestão participativa foi disseminada no intuito de buscar o aumento da participação direta da sociedade na gestão municipal, visando aumento da eficiência e da efetividade das políticas públicas e buscando tornar a participação uma ferramenta de gestão pública (BRASIL, 2006).

Na saúde, a gestão participativa frente às limitações dos canais tradicionais de articulação entre Estado e sociedade, passou a apostar na renovação e criação de instâncias mais flexíveis, porosas e efetivas às complexas demandas sociais. Instâncias nas quais os cidadãos em geral, independentemente de sua classe social, pudessem produzir uma nova compreensão sobre o papel do Estado, como sujeitos sociais, protagonistas na luta pela universalização dos direitos. Uma cultura política de participação cidadã (BRASIL, 2006).

Assim, vários casos concretos de participação começaram a se multiplicar nas últimas décadas, em destaque aqueles não totalmente governamentais, vinculados, porém a outras arenas de participação de caráter não tradicionalmente institucionais (BRASIL, 2006). Dentre estes vários casos de participação, surgiram os CLS, como alternativa flexível de participação social, mais poroso às demandas comunitárias.

Justificar a utilidade e importância da descentralização dos conselhos de saúde em municípios de grande porte, ou uma metrópole pode ser uma tarefa de fácil realização, tendo em vista as distâncias geográficas, as diferenças territoriais, culturais, econômicas e sociais. Entretanto, neste estudo nos propomos a analisar a descentralização dos conselhos de saúde no município de Anchieta, um município de pequeno porte que possui aproximadamente 24 mil habitantes e está localizado ao litoral sul do Espírito Santo (BRASIL, 2010).

O porte do município é definido conforme sua população pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Portanto, de acordo com tabela a seguir, Anchieta é considerado um município de pequeno porte II (BRASIL, 2010).

TABELA 1 – Classificação do porte dos municípios no Brasil

Pequeno porte I	Até 20.000 hab.
Pequeno porte II	De 20.001 a 50.000 hab.
Médio porte	De 50.001 a 100.000 hab.
Grande porte	De 100.001 a 900.000 hab.
Metrópole	Mais de 900.000 hab.

FONTE: IBGE (2010)

A descentralização na saúde e na participação social em um município de pequeno porte tende a ocorrer de forma bem peculiar. Para estes municípios, a autonomia de gerir seu sistema de saúde de forma a garantir uma assistência integral, mostra-se como um dos vários desafios a serem enfrentados (SILVA; CASOTTI, 2012).

Embora existam municípios de pequeno porte no estado do Espírito Santo, por exemplo, que desfrutam de uma boa arrecadação financeira, principalmente devido aos *royalties* de petróleo, esta não é a realidade da maioria desses municípios, que diante de uma realidade sócio-demográfica desfavorável, ainda enfrentam grandes problemas por escassez de recursos.

Além disso, outros desafios enfrentados por estes municípios em questão também podem ser apontados, a saber: 1) as limitações na garantia do acesso aos níveis de atenção secundário e terciário do SUS; 2) as dificuldades em implementar de forma efetiva políticas de planejamento, avaliação e monitoramento das ações; 3) as limitações na obtenção e utilização de sistemas de informação, principalmente devido à dificuldade de acesso à internet; e 4) as dificuldades em instituir, manter e investir em políticas de recursos humanos e em educação permanente dos profissionais (SILVA; CASOTTI, 2012).

Assim, os CLS surgiram como uma alternativa, inclusive aos município de pequeno porte. Representaram mais um espaço à participação, considerando a essência da participação cidadã, que preconizava que todos, independentemente de sua classe social, poderiam produzir uma nova compreensão sobre o papel do Estado, como sujeitos sociais, protagonistas na luta pela universalização dos direitos.

Os conselhos locais tornaram-se componentes estratégicos da gestão participativa, uma vez que seguiam a cultura de descentralização já implementada no país desde os anos 90. Surgiram como instâncias de participação mais próximas da comunidade e, logo, mais próximas do cotidiano dos usuários e da dinâmica dos serviços de saúde da unidade, podendo inclusive interagir com outras organizações do bairro, como as associações de moradores, pescadores, trabalhadores rurais, dentre outras. Instâncias que funcionariam como bases setoriais e territoriais, capazes de possibilitar mais envolvimento dos usuários na gestão pública, por proporcioná-los uma ampliação de informações sobre o funcionamento dos serviços e da administração (JACOBI, 2002). Fóruns que poderiam elaborar propostas para a política de saúde em sua localidade, levar sugestões ou reivindicações a instâncias superiores, como o Conselho Municipal de Saúde, e também estabelecer relação entre conselheiros e a população, sendo uma forma de aumentar a mobilização, não afastando os representantes da sua base (BRAVO, 2001).

Neste sentido, nos propomos a investigar em Anchieta, município de pequeno porte, como foram criados e implementados os Conselhos Locais de Saúde, buscando por meio de um resgate deste processo caracterizar o perfil dos sujeitos eleitos ou indicados a compor estes fóruns de participação.

2 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE.

Em Anchieta, município localizado ao litoral sul do Espírito Santo foi criado e implantado no ano de 2010 os CLS em cada um dos nove territórios da ESF do município.

2.1 OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE EM UM TERRITÓRIO EM DISPUTA

Anchieta é um município a 73 km de Vitória e integra a Região Metropolitana Expandida Sul do Espírito Santo. Apresentando 417 km² de extensão territorial, mantém-se como um município de pequeno porte populacional, e de acordo com o IBGE (censo 2010), o município possui 23.902 habitantes, sendo 18.161 residentes na área urbana e 5.741 na zona rural (BRASIL, 2010).

As principais atividades econômicas em Anchieta são a indústria e serviços, pesca, agricultura, pecuária, turismo e comércio em geral. Possui uma alta arrecadação de royalties do petróleo. Um bom exemplo disto é que em 2011 o município arrecadou aproximadamente R\$ 50 milhões de reais. Recebe muitos migrantes de outros municípios do Espírito Santo, inclusive da Região Metropolitana da Grande Vitória, e até mesmo de outros estados, principalmente Bahia, atraídos pela especulação do crescimento e oportunidades de empregos nas grandes empresas da região, que em sua maioria oferecem vínculos trabalhistas precários, como contratos temporários em empresas terceirizadas. No município, as localidades do interior concentram aproximadamente 50% do eleitorado (TOMAZELLI, 2012).

Palco de grandes embates econômicos e ambientais, nos últimos anos esta região tem atraído muitas empresas e investimentos nas áreas de petróleo e siderurgia¹, principalmente, o que tem ocasionado um processo de metamorfose com profundas e rápidas transformações demográficas, econômicas e sociais (RAUTA MARTINS; RAUTA RAMOS, 2012).

Na saúde, o município de Anchieta possui uma cobertura de 100% da ESF, totalizando nove USF principais, além das sub-unidades. Possui ainda uma rede de saúde composta por Centro de Especialidades Unificadas (especialidades médicas, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, dentre outras), Centro de Especialidades Odontológicas, Pronto Atendimento, Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CASP ad), Centro de Testagem e Aconselhamento, Centro de Controle de Zoonoses e Laboratório. Além destes serviços, o município possui convênio com um hospital filantrópico.

Em dezembro de 2010, a Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta conquistou o “Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS”, em sua quarta edição, graças à experiência exitosa de instalação dos CLS em 100% dos territórios de saúde do município. Este prêmio foi criado em 2005, em homenagem ao sanitarista Sergio Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária no país, e em sua quarta edição, fez parte da agenda da 14ª CNS, cujo eixo foi “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”. O objetivo da iniciativa foi promover o reconhecimento e a divulgação de experiências exitosas de gestão participativa em saúde nos serviços, organizações e movimentos sociais (CARMO, 2012).

Os CLS de Anchieta foram criados como uma proposta de intervenção a partir de um curso de especialização em atenção primária à saúde, elaborado e financiado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e com Instituições de Ensino Superior do estado (CARMO, 2012).

¹Alguns empreendimentos a serem desenvolvidos na região e em específico em Anchieta-ES são: Porto da Petrobrás, Ferrovia Litorânea, quarta usina Samarco e siderúrgica CSU, da Vale. Estes irão gerar impactos econômicos a partir da geração de emprego e renda e aumento considerável das receitas do município, arrecadação de impostos e da participação dos royalties do petróleo (TOMAZELLI, 2012).

O referido curso de especialização foi criado com o intuito de capacitar profissionais de nível superior que atuavam na atenção primária à saúde do estado e gestores. As turmas foram formadas seguindo a distribuição de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, nas microrregionais de saúde. A SESA lançou editais para o credenciamento de instituições de ensino superior interessadas em realizar este curso de especialização, e dentre as instituições que foram credenciadas, estava uma faculdade privada situada no município de Guarapari (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Durante o ano de 2009, na referida faculdade, a turma composta por gestores e profissionais de saúde que atuavam na atenção primária em Anchieta propôs a implantação dos CLS, como produto final do curso de especialização em atenção primária à saúde. Para isto, foram fundamentais as discussões do módulo sobre controle social² e ainda as solicitações das comunidades durante as nove reuniões públicas para o Plano Municipal de Saúde (FERREIRA, 2011).

Assim, em 2010 os CLS foram implantados. Realizaram-se eleições com participação dos cidadãos de cada comunidade para eleger os representantes dos usuários e seleção de profissionais de cada equipe de saúde como representantes dos profissionais. Portanto, em cada um dos nove territórios de saúde do município, foram criados e implantados os referidos conselhos locais (CARMO, 2012; FERREIRA, 2011, ANCHIETA, 2010a).

A posse dos conselheiros eleitos ocorreu em um evento solene no auditório da Secretaria Municipal de Saúde, em que estiveram presentes representantes da sociedade civil, autoridades locais, gestores, conselheiros municipais de saúde e entidades de classe (CARMO, 2012; FERREIRA, 2011). A partir das eleições, foram empossados em cada CLS do município seis conselheiros (três representantes dos usuários e três dos profissionais de saúde) e seus respectivos suplentes, totalizando um número de 108 conselheiros em todo o município, com mandato de dois anos,

² O módulo “controle social” foi coordenado pelo professor Claudio Tosta. Este mesmo professor foi orientador do trabalho de conclusão de curso (proposta de intervenção) do grupo composto pelo Secretário de Saúde de Anchieta (Fayer Ferreira Fonseca) e outros profissionais do município, cujo objetivo era implantar os CLS no município.

podendo ser prorrogado por igual período, até que sejam substituídos por outros (ANCHIETA, 2010a).

Cada conselho deveria então elaborar e aprovar seu regimento interno, com apoio do Conselho Municipal de Saúde, e reunir-se periodicamente, com reuniões ordinárias mensais e outras extraordinárias, devendo estas ser registradas em atas pelos secretários eleitos dentro dos conselhos. Neste início, houve grande parceria dos conselhos com profissionais de saúde que cursavam a especialização em Atenção Primária à Saúde, anteriormente citada. Inclusive, há relatos de que alguns destes profissionais candidataram-se e foram eleitos como conselheiros em seus territórios de atuação no município (FERREIRA, 2011).

Dentre as finalidades dos CLS em Anchieta, encontra-se a de

[...] possibilitar a participação organizada da população na administração dos serviços prestados, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população, o que inclui a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação de sua saúde [...] (ANCHIETA, 2010b).

Percebemos que a criação dos CLS em Anchieta representou uma possibilidade de avanço na gestão participativa do SUS local, acompanhando outras experiências no Brasil que demonstram o aumento da participação da sociedade nos processos decisórios que envolvem temas de interesse coletivo, como a saúde. Um desenvolvimento político que se consolida a partir de uma percepção que os conselhos de saúde representam uma possibilidade de democratizar a gestão pública e aumentar a eficiência e a efetividade das políticas sociais (RAMOS et. al, 2012).

2.2 CONSELHEIROS DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO E POLÍTICO

Além de buscar discutir e entender como se dá a participação nestas esferas de gestão que estão passíveis a embates de forças políticas e possuem a finalidade de influenciar decisões políticas é interessante também analisar que representantes ocupam estes espaços legitimados e delinear o perfil destes conselheiros, no intuito de obter informações quanto à sua formação cultural e política, além de buscar compreender de que forma fatores como a idade, gênero, escolaridade, dentre outros, podem influenciar o processo de tomada de decisão (RAMOS et. al, 2012).

Ao analisarmos os dados provenientes dos questionários, notamos que 78% dos conselheiros locais são mulheres, de raça/cor branca, idade predominante entre os 20 e 39 anos e funcionários públicos. Entretanto, ao analisarmos os representantes dos usuários, notamos uma parcela considerável na amostra de homens, (45% dos usuários), com idade acima de 50 anos e aposentados.

Um estudo realizado no Paraná por Tonella (2004) encontrou informações similares. O perfil característico dos conselheiros entrevistados foi de mulheres brancas, maiores de 30 anos e com alta escolaridade (nível superior), em sua maioria, inseridas no serviço público municipal.

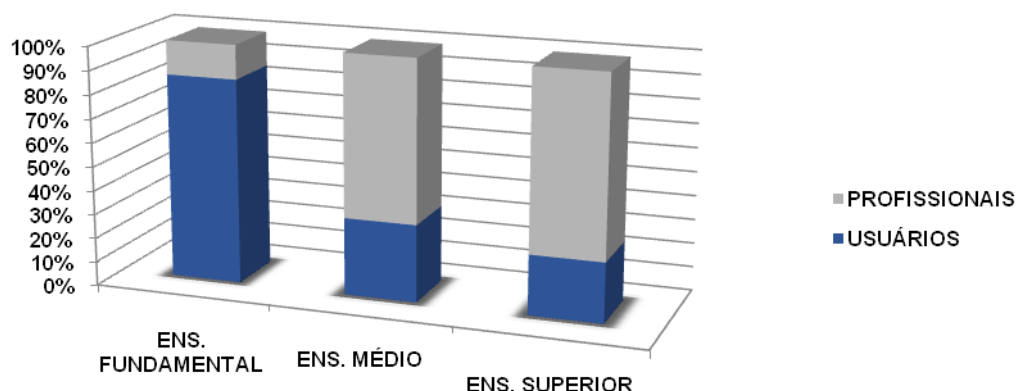
Contudo, Ramos et. al (2012), notaram algumas diferenças no perfil típico do conselheiro, em um estudo realizado em conselhos setoriais em Santo André (SP), que detectou que a maior porcentagem dos representantes, tanto da sociedade civil como do poder público, era de homens, com idade entre 40 e 60 anos. Dados confirmados por outras pesquisas (LABRA, FIGUEIREDO, 2002; SALIBA et al, 2009; OLIVAL; SPEXOTO; RODRIGUES, 2007; SANTOS; VARGAS; LUCAS, 2011), e que corroboram com as informações referentes aos representantes dos usuários, já apresentadas.

A predominância de mulheres entre os representantes dos profissionais de saúde encontrada entre os conselheiros eleitos pode ser justificada pelo processo de

feminização dos postos de trabalho na área da saúde, que historicamente se mantém, conforme pesquisas na área (LOPES; LEAL, 2005; ROCHA, 2000; PASTORE; ROSA, 2007). Esta feminização ocorre principalmente no que se refere às categorias profissionais mais frequentes nestes conselhos pesquisados (enfermagem e agentes comunitários de saúde), o que tem sido considerado muitas vezes como natural, ao julgar determinadas atividades como “mais próprias para mulheres”. Contudo, assim corremos o risco de reproduzir formas de hierarquia sexual e social bastante desiguais, conforme Pastore e Rosa (2007).

A baixa presença de profissionais de saúde de nível superior dentre os conselheiros eleitos foi um dado intrigante, uma vez que boa parte destes profissionais participou do curso de especialização citado, do módulo de “Participação e Controle Social” da mesma, e ainda contribuíram, por meio de participações em reuniões com a gestão, com o processo de criação e implantação dos referidos conselhos locais. Esta baixa participação de profissionais de nível superior nos conselhos foi algo que nos intrigou, ao esperarmos o contrário, e nos levou a questionar se de fato houve interesse da parte destes para que os conselhos realmente fossem implantados e ativos, no intuito de atuar na gestão do processo de trabalho e do planejamento das ações em nível local.

Outro dado importante que a pesquisa revela é que a maioria dos conselheiros trabalha (85%). Durante a pesquisa alguns conselheiros citaram a “falta de tempo” para se dedicarem às atividades do conselho como um grande limitador para o desenvolvimento dos conselhos. Já entre os representantes dos usuários, a presença de aposentados foi uma característica apontada como importante para que estes conselheiros tenham um maior grau de maturidade e tempo disponível para se dedicar à comunidade e às demandas que o conselho gera no cotidiano (reuniões, idas ao conselho municipal, conferências, órgãos públicos para protocolarem petições e processos, etc.).

GRÁFICO 1 – Escolaridade dos conselheiros entrevistados

Quanto à escolaridade, a análise geral dos dados revela que 57% dos conselheiros possuem Ensino Médio. No entanto, ao analisarmos o gráfico 1, percebemos que os representantes dos usuários possuem um índice considerável de baixa escolaridade (Ensino Fundamental), quando comparado à escolaridade dos representantes dos profissionais.

Este dado se contrapõe à pesquisa realizada em conselhos municipais por Labra e Figueiredo (2002), pois detectou que 43,3% dos conselheiros representantes da sociedade civil teriam curso superior completo ou incompleto, o que foi apresentado pela pesquisa como um fator positivo, pois apesar do baixo nível de instrução em geral, as associações escolheram pessoas com maior escolaridade para atuar nos conselhos de saúde, o que pode colaborar para uma melhor compreensão dos assuntos tratados e para participação com desenvoltura nas reuniões.

Podemos considerar que esta baixa escolaridade entre os conselheiros representantes dos usuários em Anchieta pode representar fator inibitório ou limitante para os mesmos colocarem-se frente a discussões com profissionais de saúde de nível técnico ou superior, ou até mesmo em ambientes públicos oficiais, o que pode comprometer o seu potencial de influência na política de saúde municipal.

Ramos et al (2012) também problematizam o baixo nível de instrução entre conselheiros representantes da sociedade civil. Para os referidos autores este fator pode gerar induções ilegítimas por parte dos representantes do poder público, que

detêm maior nível de esclarecimento, em detrimento da participação legítima da comunidade, uma vez que o conhecimento relaciona-se diretamente ao poder.

Wendhausen (1999) considera ainda que é difícil pensar em uma participação efetiva de todos os setores sociais no controle e avaliação das políticas de saúde, diante de grande diferença de preparo e escolaridade entre o segmento dos usuários e os demais segmentos, principalmente porque diante do saber técnico e científico competente dificilmente uma pessoa comum (como um usuário) discordaria a fim de apontar sua opinião, o que reafirma as relações de dominação, submissão e micro poderes em ambientes de disputa política.

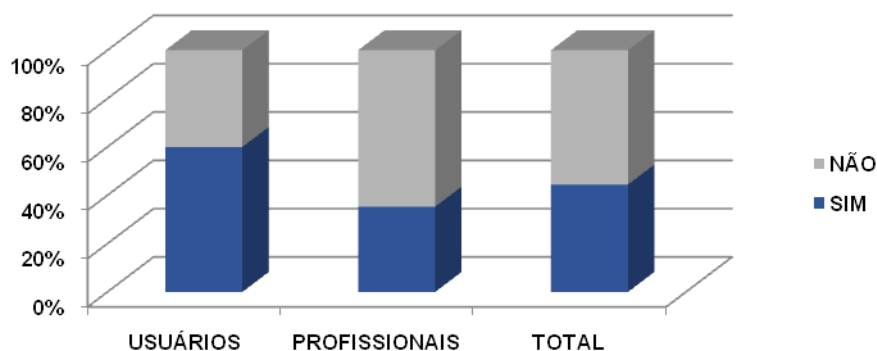
Ao mesmo tempo, Fernandes e Sampaio (2006) afirmam que por meio do resgate da identidade comunitária dos conselheiros e da valorização dos mesmos pode-se buscar construir um novo tipo de cidadania que se baseia na participação social engajada em questões locais, sendo possível assim garantir um bom nível de participação até mesmo de analfabetos, desde que haja abordagens metodológicas adequadas, que a partir da percepção particular de sua realidade, trazem à tona aspectos e peculiaridades muitas vezes não acessíveis aos atores externos, o que sem dúvida representa um processo árduo, e infelizmente pouco explorado nestes espaços de inserção política da comunidade.

A formação de conselheiros tem sido apontada por muitos autores como algo importante (GONÇALVES; GONÇALVES; TAVARES, 2011; GERSCHMAN, 2004; WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007; COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; COELHO, 2012; DUARTE; MACHADO, 2012; LUIZ; QUINTANILHA, 2013), pois o saber torna-se poder de ação ao ampliar a capacidade de vocalização de necessidades e desejos desses sujeitos, e proporcionar aos movimentos e práticas populares uma politização e uma compreensão mais crítica da realidade ao seu redor. Neste sentido, a educação permanente mostra-se como uma importante ferramenta para transformar as práticas de participação social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, pois colabora para que os Conselheiros exerçam seu papel de forma plena (LUIZ; QUINTANILHA, 2013).

No que concerne ao tempo de participação no conselho de saúde, 57% responderam que participaram como conselheiro por dois anos. Ao responderem esta questão, acreditamos que os conselheiros consideraram o que a lei de criação dos conselhos estabeleceu: mandato de dois anos, e nova eleição após este período, sendo que o mandato poderá ser prorrogado por mais dois anos, caso não ocorra novas eleições (ANCHIETA, 2010a). Contudo, o estudo complementar a partir da análise de documentos disponíveis (alguns relatórios e registros de reuniões), indicou que apenas três, dos nove CLS criados, funcionaram durante todo este período (2010 a 2012), uma vez que as reuniões foram escassas nos demais. Isso pode sinalizar que a proposta de criação e implantação dos CLS não alcançou de fato o objetivo em todos os territórios de reunir a comunidade e os profissionais para debaterem a saúde local, a fim de influenciar as políticas de saúde da localidade e do município.

Registramos que não consta até o momento informações se a gestão municipal atual, que assumiu mandato no início de 2013, tenha atentado ao que a Lei de criação dos conselhos previu quanto à duração do mandato dos conselheiros e às possíveis eleições. Assim, ainda não foram realizadas novas eleições e nem estendido oficialmente os mandatos, o que tem ocasionado o afastamento gradual da maioria dos conselheiros dos seus referidos cargos, por alegarem nas entrevistas desinteresse e desprezo por parte da gestão.

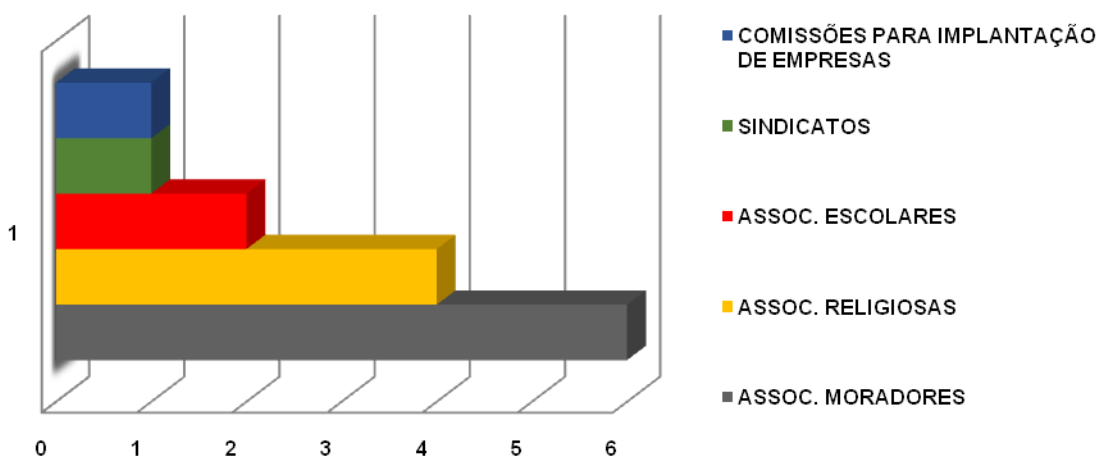
GRÁFICO 2 – Outras experiências de participação social



A pesquisa mostrou também que há uma cultura de participação social entre conselheiros eleitos, principalmente entre os representantes dos usuários, pois 60% destes já tiveram outras experiências de participação similares aos CLS, conforme gráfico 2, o que difere dos profissionais.

Dentre as principais experiências de participação citadas pelos conselheiros, destacam-se as associações religiosas e as associações comunitárias, além de outras, como a participação em comissões para implantação de empresas no município, sindicatos e associações escolares, de acordo com o gráfico 3. Destacamos que a participação em comissões para implantação de empresas tem se tornado algo muito comum neste município, uma vez que, como já afirmamos, Anchieta compõe uma região cujo território tem sido alvo de intensa disputa entre mineradoras, empresas petrolíferas e de siderurgia, se contrapondo aos embates de ativistas em defesa do meio ambiente, do turismo, da pesca e da agricultura familiar, importantes ramos da economia do município na atualidade.

GRÁFICO 3 – Experiências de participação citadas entre os conselheiros



Esta cultura de participação social também foi encontrada em outras pesquisas desenvolvidas, uma vez que a maioria dos conselheiros participava em mais de uma organização e desenvolviam atividades variadas, sejam elas relacionadas a ativismos eleitorais, associativismo ou filiação partidária (LABRA; FIGUEIREDO, 2002; FUKS, PERISSINOTTO; RIBEIRO, 2003; FIGUEIREDO, 2001).

Ao observarmos então esta cultura de participação, notamos uma possível ambivalência. Se por um lado ela se contrapõe à apatia política esperada, uma vez que demonstra que os conselheiros são bastante atuantes, por outro, nos leva a questionar o fato de que talvez pelo desinteresse de outros sujeitos em ocupar estes diversos espaços de inserção política, as mesmas pessoas, quase “profissionais em participação”, tenham que ocupá-los. Não apenas por se interessarem pela participação social, mas para não perderem espaços importantes de mobilização, denúncia e contestação (LONGUI; CANTON, 2011), sejam eles legalmente instituídos ou não (QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2013), mas que possam representar uma possibilidade de partilha de poder entre o Estado e a sociedade civil (DAGNINO, 2002).

Outro dado relevante, ainda concernente à participação social dos conselheiros é que apesar de a maioria declarar não ter nenhum interesse em ocupar algum cargo político, 23% declararam ser filiado a algum partido, como o Partido Verde (PV) e o Partido Socialista Brasileiro (PSB), principais citados, o que corrobora com outros estudos (RAMOS et. al, 2012). Em outros casos, a influência de lideranças de igrejas (católica, evangélicas e pentecostais), também foi notada, até mesmo como uma opção de participação e inserção política que se equipara à atividade partidária, uma vez que geralmente algumas destas lideranças religiosas estão engajadas em discussões de problemas comunitários de várias políticas sociais (lazer, educação, assistência social, cultura, redução da criminalidade, dentre outros), conforme apontado por Labra e Figueiredo (2002).

Assim, esta análise do perfil destes conselheiros mostrou informações relevantes e proporcionou discussões a fim de compreender os fatores que influenciam no processo de envolvimento e tomada de decisão.

O que percebemos é que os entraves ao devido funcionamento dos conselhos de saúde ainda são desafios a serem superados, para que estas instâncias sejam mais influentes na gestão pública, conforme os princípios de sua criação.

Os CLS foram criados em Anchieta como mais um espaço de participação pública no processo democrático nas comunidades. Mas para que isso se consolide não basta apenas existirem. É essencial que o princípio constitucional da democracia e da ética esteja presente nestes espaços, caso contrário, existirão apenas para cumprir a lei, sem participação efetiva da comunidade, conforme apontado pelos entrevistados. Desta forma, não interferiria de fato no processo decisório da Saúde do município de Anchieta e não possibilitaria a vocalização das reais necessidades da população.

A participação social e a democracia são fundamentais para garantia da qualidade da gestão pública em relação à universalização e equidade do acesso a saúde, pois sem a participação do usuário na gestão do SUS corre-se risco de construir políticas de saúde que não correspondam às suas próprias demandas (COSTA; LIONÇO, 2006).

3 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: CAMINHOS E (DES)CAMINHOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Os CLS foram criados com o intuito de serem mais um espaço de negociação, democracia e participação social, aproximando a comunidade da gestão do SUS local. Todavia, percebemos que os conselheiros enfrentam dificuldades que desvirtuam os caminhos desejados da participação social no âmbito do SUS, o que tem comprometido enormemente a efetivação destes espaços no município em estudo.

No intuito de apresentarmos e discutirmos os dados coletados em entrevista, construímos quatro categorias de análise: 1) Ser ou não ser conselheiro de saúde? Eis a questão!; 2) O não pertencimento e a não-participação; 3) Conselhos Locais de saúde: elos, meios e mediações; e 4) A exogenia da administração e os obstáculos à participação social.

3.1 SER OU NÃO SER CONSELHEIRO DE SAÚDE? EIS A QUESTÃO!

Durante toda a pesquisa, até mesmo nos momentos em que ela ainda estava sendo planejada a partir dos desejos e inquietações, alguns questionamentos nos intrigavam, no que diz respeito à realidade vivida pelos conselheiros locais de saúde em Anchieta. Para eles, o que significaria ser um conselheiro de saúde? Qual o papel de um conselheiro? É uma figura importante? Qual a sua importância para o SUS e a sociedade?

O que percebemos é que nós não éramos os únicos a estar intrigados. Os próprios conselheiros entrevistados viviam com estas dúvidas em seu cotidiano: ser ou não ser um conselheiro de saúde? As respostas extrapolavam as discussões teóricas e retóricas que já conhecíamos *a priori*, para o campo da vida, da prática, das

relações. Respostas implícitas, explícitas, vividas e externadas sejam pela fala ou pelo corpo.

Ser conselheiro local, vivenciar as dificuldades da comunidade, sofrer na pele as crises da política local, e ainda ter a oportunidade de vocalizar os interesses da comunidade. Tudo isso é considerado pela literatura, conforme já mencionamos, como fatores potenciais para o desenvolvimento de um conselheiro local de saúde. Mas para isso, identificamos, nas entrevistas, que dos mesmos são requeridos características bem definidas e peculiares. Um “bom conselheiro” foi apontado como aquele que é ativo, líder na comunidade, participativo nas atividades das Unidades de Saúde e no território, envolvido, interessado, e acima de tudo, um sujeito político ciente dos seus direitos e determinado a lutar pelos mesmos.

Uma das conselheiras apontou isso quando se referiu ao motivo de ter sido indicada a candidatura ao cargo: *“Me chamaram e falaram: ‘vai lá que você é boa pra falar, tem óleo de peroba na cara’, eu fui lá e aceitei”*. (C8)

Ser “boa pra falar” e “ter óleo de peroba na cara” (C8) não é dominar a norma culta da língua portuguesa ou mesmo a linguagem técnica da área da saúde. É na realidade saber se posicionar diante do grupo, da comunidade, da equipe de saúde, é verbalizar as necessidades da comunidade, defender os seus direitos como usuária dos serviços de saúde, ser sujeito político, protagonista de suas ações e de sua vida. Isso é desafiador aos usuários, pois, como já mencionamos, diante do saber técnico e científico, considerado muitas vezes competente e inquestionável, dificilmente um usuário aponta sua opinião, quando a mesma é divergente, devido às fortes relações de dominação e submissão a que são expostos nos espaços de disputa política (WENDHAUSEN, 1999).

Contudo, apesar de alguns entrevistados verbalizarem muitas características desejadas ao “bom conselheiro”, notamos que boa parte deles tinham dúvidas ao exercer este papel. Como os CLS foram implantados a partir da iniciativa da gestão municipal, os conselheiros eleitos ou indicados (no caso dos representantes dos profissionais de saúde) aguardaram por capacitações, reuniões organizadas pela gestão, apoio e explicações de suas funções, como seriam organizados os

conselhos, como as ações seriam desenvolvidas... Mas o que detectamos é que pouco ou quase nada disso ocorreu. Assim, as incertezas da vivência de seu papel como conselheiro tornavam-se cada vez maiores.

Os conselheiros sem treinamento, pedindo para entender qual era o papel, e não teve reunião [...] os conselheiros perdidos [...] a gente reunia, mas não sabia ao certo o que falar, que pauta ter. E ninguém se importava. (C6)

É muito comum aos conselheiros de saúde a sensação de estarem despreparados para exercerem esta árdua e tão importante função. Apesar de relatarem não saber o seu papel, estes conselheiros insistiram em se reunir, e provavelmente, como as capacitações não vieram, mesmo que envoltos em dúvidas burocráticas, funcionais ou mesmo técnicas e teóricas, a vida e a saúde (ou a falta dela) que é “prática” e se revela a cada momento e a cada encontro, se encarregou de mostrar-lhes a finalidade de suas existências.

A cada entrevista, alguns novos relatos de demandas que batiam às suas portas, pedidos, reclamações e desejos foram aos poucos mostrando que dentro de cada um deles, conselheiros-moradores das comunidades ou conselheiros-profissionais das equipes, vivenciavam o que era ser conselheiro. Mas desejavam mais, desejavam também o domínio do conhecimento teórico, organizacional, isto lhes fazia falta. Continuam a esperar por capacitações. *“A gente tá aí, entendendo que é buscar sugestões, melhorias. Mas na verdade, ninguém falou pra gente”.* (C6)

É muito complexa a capacitação de conselheiros de saúde, pois não se busca com isso ensiná-los a ser conselheiros, uma vez que não se aprende ser conselheiro. As trocas de relações nos fóruns, nos encontros de movimentos sociais, em assembleias comunitárias, em conferências, em reuniões são a “escola da vida” de um conselheiro de saúde.

Acreditamos, todavia, que a formação do conselheiro é fundamental, não como uma formação teórica, pautada apenas no repasse de informações sobre as leis que regem o SUS, ou dos conteúdos necessários para o exercício da atribuição (COTTA et al, 2011), mas uma formação que vise o despertar de consciência crítica, política

e ideológica do mundo ao seu redor. Uma formação que amplie sua capacidade de vocalizar os seus interesses e transformar o saber em potência de vida nas relações de poder vivenciadas, na busca por uma nova cultura política, mais democrática e capaz de gerar transformações nos níveis de saúde e nos modos de vida das populações (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012).

A Educação Permanente para o Controle Social do SUS mostra-se como importante ferramenta para esse processo, conforme aponta Luiz e Quintanilha (2013). A formação de conselheiros de saúde, pautada nos princípios da educação permanente, é caracterizada por proporcionar-lhes formação e mobilização, de forma articulada e interdependente, a partir de uma perspectiva de produção coletiva de saúde. Assim, a educação permanente é apontada como estratégia capaz de promover o protagonismo dos atores locais, o que os levará a um processo contínuo e progressivo de reflexão e transformação de suas práticas pessoais e institucionais (BRASIL, 2007).

Outro aspecto que observamos é que os conselheiros perceberam que existiam outros interesses implícitos à criação dos CLS no município, que provavelmente não diziam respeito à ampliação da participação social do SUS municipal.

Os gestores queriam que fossem formados os conselhos. Queriam e conseguiram! Não sei se era trabalho que tinham que fazer. Depois, mais nada. Não fizeram mais nada. (C5)

Porque as pessoas que faziam parte do projeto eram gestores, e para eles era interessante implantar o projeto aqui [...] fizeram meio que “pra inglês ver” mesmo. (C6)

Como já descrevemos no capítulo anterior, os CLS em Anchieta foram criados a partir de uma iniciativa dos gestores municipais da saúde e outros profissionais que atuavam na atenção primária no município, como produto final do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde. Percebemos, que apesar de haver relatos de solicitações das comunidades durante as nove reuniões públicas para o Plano Municipal de Saúde (FERREIRA, 2011), o que nos parece é que a criação e implantação dos CLS se deu em um processo institucional, um processo que foi iniciado dentro da secretaria municipal de saúde, principalmente pelo secretário da

época. Este, movido pelo entusiasmo, dedicação e muito empenho, passou a reunir-se com as equipes das ESF do município, juntamente com sua equipe de gestão, e a propor a criação e implementação destes conselhos, como disseram os entrevistados “[...] *como tinha que ser feito, a gente não podia deixar de lado. Essa pressão de cima para baixo foi decisiva para ser implantado*”. (C3).

Assim, foi acelerado o processo para o alcance dos prazos propostos pela programação municipal visando à criação e a implantação dos CLS. Muito trabalho nas ruas ou dentro da comunidade. Um projeto que foi colocado em prioridade por muitas equipes, em detrimento a outras atividades corriqueiras do cotidiano de uma ESF. A programação, segundo relatos, era ter carro de som, faixas, cartazes e todo material necessário para a divulgação nas ruas e entre a comunidade. Mas nada disso aconteceu. A própria equipe passou a convidar usuários que eram mais frequentes na unidade de saúde, que tinham o perfil desejado e a convidá-los para candidatar-se como representante dos usuários nos CLS.

A divulgação das eleições foi feita pelos ACS durante suas visitas domiciliares, ou dentro da unidade de saúde pela equipe, ou mesmo por candidatos em algumas comunidades, que, por conta própria, até folhetos prepararam. Mesmo tudo ocorrendo em um período muito curto, tudo foi rápido, as eleições aconteceram. Em todos os nove territórios de saúde ocorreram eleições no mesmo dia, durante o final de semana. A participação da comunidade em alguns territórios foi considerada muito boa. Já em outros, as pessoas foram buscadas nas ruas para votar. Foi um processo considerado muito organizado, tudo sob a supervisão de profissionais e gestores, até a apuração dos votos. Entretanto o que intrigou os conselheiros foi que o processo não teve continuidade da mesma forma a partir das eleições. Porque foi só naquela época... *“Ah vamos montar o conselho? Vamos. E teve eleição, e pá, pou, acabou. Depois não teve mais nada*”. (C9)

E aí nos perguntamos: por que o processo foi interrompido? Por que não foi à frente, não se desenvolveu mais? Respostas que fomos encontrando a cada entrevista. Para os conselheiros, ver os CLS sem apoio da administração municipal para funcionarem, se estruturarem e se fortalecerem foi uma grande tristeza. Ao serem convidados, eleitos, empossados como conselheiros de saúde criaram expectativas

de que muita coisa poderia ser diferente na gestão da política de saúde local e municipal a partir dos CLS. Ver um importante espaço de participação social se degradando, ainda em seus primeiros passos, gerou muita insatisfação e desmotivação nos entrevistados.

O negócio não começou nem a engatinhar né e parou antes de engatinhar. Então se eles dessem mais apoio, convocassem uma reunião pra saber por que não funcionou, o que a gente errou e o que a gente precisa acertar, eu acho que a gente ia querer, de um modo geral, a voltar a funcionar. (C9)

Percebemos também um grau ainda maior dessa insatisfação por parte dos entrevistados quando o município recebeu a premiação na 14ª CNS por ter implantado em 100% do território de saúde os CLS, o “Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS”.

Anchieta era um exemplo! Enquanto isso o conselho não estava nem engatinhando, estava se arrastando! E ele [secretário de saúde] já estava recebendo prêmio. E que eu saiba esse prêmio não ajudou em nada. “Eu criei, agora se vai funcionar, o problema é de vocês”. O que eu senti foi isso, e continuo sentindo. (C4)

Consideramos que a criação dos conselhos de saúde a partir de iniciativas exógenas ou heterônomas à dinâmica real, ao cotidiano, aos interesses dos atores sociais locais é um fator de grande limitação da participação social nestes fóruns (FEDOZZI, 2010). É o que pode ser denominado de “participação concedida”. Este tipo de participação se caracteriza pela criação de conselhos ou outros fóruns de participação por iniciativa governamental, em detrimento à sociedade civil, que muitas vezes de maneira arbitrária, é responsabilizada pela representação do conselho. Em alguns casos, essas comunidades aceitam o desafio de atuarem junto a estes conselhos, principalmente quando já há uma “cultura de participação”. Entretanto, na maioria dos casos, por não haver tradição de organização e militância no campo da saúde e não dispor de pessoas interessadas em desempenhar tal papel, há uma baixa participação de atores sociais, e conseqüentemente uma grande frustração da comunidade, por se sentir impotente ao de ver um conselho de saúde inativo (DEMO, 2001).

Ao levar a proposta para pessoas-chaves da comunidade e convidá-las a candidatarem-se em prol de melhorias para a coletividade, para o sistema de saúde local e municipal, muitas expectativas foram potencializadas nestes usuários, até mesmo nos profissionais que muitas vezes viviam a mercê de condições adversas no dia-a-dia de trabalho mas que se sentiam ameaçados. “[...] *os profissionais não reclamam muitas vezes, eles têm medo, não podiam falar. Mas a comunidade pode exigir seus direitos*”. (C13). Todos os atores que se envolveram no processo passaram a ver nele chance de mudanças: na estrutura física das unidades, aumento das equipes, ampliação da oferta dos serviços, criação de serviços de apoio logístico, como transporte, áreas de lazer, dentre muitas outras expectativas.

Em um processo de mobilização em que há apresentação de propostas de melhorias nos serviços de saúde cria-se muitas expectativas, faz com que a comunidade passe a esperar as respostas aos problemas demandados, mesmo que de forma descrente. Portanto caberia aos governos buscar o desempenho de uma administração efetiva visando o atendimento destas carências demandadas da comunidade (AVRITZER, 2010).

O conselho seria importante com certeza. Seria mais assim um apoio, né? Na verdade a gente já está cansado de pedir muita coisa. Os problemas aqui todo mundo já sabe. E seria mais uma ajuda então. (C10)

Criar um fórum para possibilitar a vocalização de demandas da comunidade e simplesmente interromper este processo durante sua implementação e fortalecimento é cruel ao processo de participação e democracia neste país. Isto porque se não há atendimento das necessidades identificadas nos espaços participativos, o processo de participação e democracia pode converter-se em descrédito, frustração e sensação de abandono. “*Sentimento vazio, perder. Nadar, nadar e morrer na praia. Você perde tempo, você perde tudo para ir lá, e não vê nada*”. (C7)

Porém, os próprios conselheiros já tinham percebido que o fato de a comunidade demandar ações e mudanças no processo de assistência começou a se converter em um estranhamento junto à gestão e à secretaria de saúde. Como se ter criado os

CLS tivesse sido considerado uma arma para a própria gestão, e portanto, para evitar maiores problemas, se deveria reduzir um pouco, ou a quase nada, o entusiasmo inicial.

Essa história de que a população não quer saber de nada, não quer participar não é assim não, eu discordo. A população quer participar sim, mas falta diálogo, oportunidade. Chegar para as pessoas e falar “vão participar!”. (C11)

O problema em si é que a comunidade tem poder e o conselheiro é a voz do povo, e por ser a voz do povo, o conselheiro fala muita coisa que a administração não quer ouvir, infelizmente é isso aí. (C12)

As pessoas tinham um interesse muito grande [...] eu não sei o que houve por trás dessa política na época, que não foi pra frente. (C8)

Por outro lado, se contrapondo à apatia política esperada devido ao desmonte, proposital ou não, de boa parte dos conselhos, ainda permanece entre os conselheiros aquele sentimento do qual no início falávamos. O sentimento de ser conselheiro, que não se aprende, se vive nos encontros. O sentimento que mesmo afetado, em alguns momentos talvez frustrado, mas que permanece.

Eu acredito muito no controle social [...] é a voz da comunidade dentro da secretaria [...] Eu fico às vezes assim desanimada, mas ao mesmo tempo eu penso que se eu deixar de fazer isso, eu estou deixando de exercer minha cidadania e a lei me permite isso. É uma forma da gente se colocar, e não deve desanimar não. Tem que continuar lutando. (C1)

Ser ou não ser conselheiro de saúde? Questionamento que permanecia em cada sujeito entrevistado, uma vez que ao mesmo tempo em que externavam o desejo de promover mudanças nas políticas de saúde local e municipal, enfrentavam o desafio de se expor a embates políticos. Envolto na insegurança de exercer um papel (instituído) sem terem a certeza do que fazer ou como fazer, cada sujeito foi se construindo a partir das vivências e nos mostrando o quanto a potência da vida nos ensina e nos fortalece na busca por nossos ideais. O que para nós, não significava mais apenas dúvidas, mas expectativas e esperança de vivermos uma participação em prol do crescimento e fortalecimento do SUS.

3.2 O NÃO PERTENCIMENTO E A NÃO-PARTICIPAÇÃO

A partir deste estudo foi possível identificarmos também que apesar dos mecanismos de participação no SUS terem sido institucionalizados há mais de duas décadas, eles ainda não são conhecidos e compreendidos pela maioria da população. Foi comum ouvirmos que muitos na comunidade nem sabem da existência dos CLS, ou apenas participaram das eleições e não recorrem mais aos CLS, vendo-os como um espaço de participação, denúncia ou contestação. *“Ninguém falou nada mais, ninguém nem se lembra disso mais. Foi uma coisa que passou bem em branco aqui na comunidade”.* (C10)

Um estudo realizado em 2011 identificou que pouco mais de 5% dos usuários da ESF tinham conhecimento da existência dos conselhos de saúde (MARTINS et al, 2011). Quando a população não se apropria dos canais legalmente instituídos de participação no SUS, seu desempenho pode tornar-se limitado devido a frágil capacidade de promoverem articulações com outros segmentos populares e sociais, perdendo assim o sentido deste fórum (MARTINS et al., 2008).

Acreditamos que o fato das pessoas não se envolverem no processo de criação, implementação e desenvolvimento dos CLS nas comunidades, além do que já discutimos, relaciona-se ainda ao sentimento de não-pertencimento a esses fóruns. Este sentimento de não-pertencimento é advindo principalmente de alguns motivos, a seguir.

O primeiro motivo, já discutido anteriormente, é a forma como foram criados e instituídos os CLS, como um processo institucional, exógeno à comunidade, *“uma coisa distante [...] pois se fosse daqui pra lá talvez fosse melhor”* (C5). A percepção da conselheira é que se a criação fosse iniciativa da comunidade, fosse demandada pela comunidade e não pela gestão, talvez fosse melhor. Entretanto, a distância entre a comunidade e gestores limitou a participação social.

O segundo motivo que produziu nos conselheiros e na comunidade o sentimento de não-pertencimento em relação aos CLS foi a descrença em relação à política

(partidária), aos políticos profissionais, e ao Estado, como provedor de direitos legalmente garantidos. Entretanto, esta descrença tem atingido outros âmbitos da vida pública, tem extrapolado a política partidarista, invadindo as relações, a política dos encontros, que se constrói no cotidiano da vida e das discussões. É o que percebemos nestes depoimentos

A participação comunitária hoje é muito complicada, porque o povo está descrente com os políticos. Por não acreditarem nas decisões dos políticos, dizem que nem vão participar. (C2)

As pessoas não levaram a sério [...] Quando a gente fala sobre esta questão de público, as pessoas já começam a deixar a desejar. As pessoas falam “ah isso não vai ser levado a sério, a prefeitura não vai fazer questão”. (C9)

Pestana, Vargas e Cunha (2007) também apontam que existe, de fato, uma crise de credibilidade na sociedade brasileira em relação aos cargos políticos de representação. Esta crise é consequência principalmente das promessas não cumpridas, da intensa corrupção, dos desvios de verbas, dos escândalos midiáticos, enfim, do verdadeiro descaso refletido pelas ações das autoridades que gera uma sociedade insatisfeita, na maioria das vezes descrente de que as coisas podem melhorar na vida pública. Uma crise explícita da concepção hegemônica da democracia, a democracia representativa.

De acordo com Farias (2011) a democracia representativa enfrenta, nos últimos tempos, intensa crise por ser centralizadora, burocratizada e “elitizada”. A quem os representantes realmente representam se não a elite econômica, já detentora de poder e prestígio? O resultado deste jogo de poder, conforme Farias (2011), é que cada vez mais a população sente-se não-ouvida, não-participante das decisões, da política, do emprego dos recursos públicos. Inúmeros sujeitos não-representados, assistindo a cada pleito eleitoral a “venda” de um representante como se fosse uma mercadoria, muito bem encomendada pela elite econômica. Um poder econômico concentrado nas mãos de poucos, movido pelo sensacionalismo midiático (FARIAS, 2011).

Contra-pondo-se a este modelo hegemônico de democracia desenvolveu-se a democracia participativa, intimamente relacionada à redemocratização que ocorreu

ao findar do século XX. A democracia participativa pode ser definida como uma forma de democracia que se opõe à democracia representativa ou até mesmo a complementa. Uma democracia que é composta por experiências políticas de afirmação do Estado de direito (FARIAS, 2011). Ela surge justamente pelo fato da representatividade não estar acontecendo de forma efetiva, por considerar apenas interesses que não são os da maioria dos eleitores. Surge como resistência dos fóruns populares que acreditam na perspectiva de soluções em níveis locais (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Democracias que, como afirmam Santos e Avritzer (2005), podem coexistir ou se complementarem. Segundo os autores a coexistência ocorre quando as democracias representativa e participativa convivem, em diversos níveis, de diferentes formas na organização administrativa. É como se em nível nacional se mantivesse a democracia representativa, coexistindo com a democracia participativa em nível local. Já a complementaridade, corresponde a uma articulação mais profunda entre as duas formas de democracia, pressupondo que o governo reconheça que a participação, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem ocupar parte do processo de representação e deliberação.

O terceiro motivo que produziu nos conselheiros e na comunidade o sentimento de não-pertencimento em relação aos CLS é que para eles o conselho local não foi reconhecido como espaço para participação social.

A comunidade não tem essa noção de conselho. Se nós que estamos dentro como conselheiros não temos essa noção, a comunidade então... Eles não tem essa noção (C6).

É possível notarmos um sentimento de impotência frente a essa situação. Um espaço criado, implementado (com muitas falhas, claro), mas não ocupado, vazio. Essa frustração aumentava ainda mais quando os conselheiros relatavam não serem reconhecidos como tal na comunidade, por não serem procurados por ela para reivindicar, sugerir, questionar. Uma crise da representatividade também no âmbito dos conselhos.

A população não recorre não. Ou eles vem aqui no posto reclamar ou vão diretamente à secretaria. (C5)

Às vezes a gente representava e acabava que a voz do representante da comunidade não tinha muita validade [...] no meu ver, passou como se não tivesse tanta importância esse conselheiro. (C12)

Esses relatos explicitam que a crise da representatividade alcançou inclusive os conselhos de saúde. E, no caso dos conselhos locais, essa crise representa um problema ainda maior, pois como as organizações comunitárias são frágeis, ou até mesmo ausentes, a escolha dos conselheiros acaba ocorrendo entre aqueles usuários mais presentes no cotidiano das unidades de saúde, sem envolvimento com um movimento, ou base organizada, o que aumenta o risco de distorções na representação dos interesses coletivos (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012). No caso específico de Anchieta, mesmo com a ocorrência de eleições para eleger os conselheiros representantes dos usuários, esta crise de legitimidade da representação permaneceu. *“E aí teve a eleição, e poucas pessoas participaram na época. Uns não levaram muito a sério. Geralmente quem participa sempre são os mesmos”* (C9).

Ainda neste sentido, outro relato chamou atenção ao que também pode ser considerado fator correspondente ao não reconhecimento dos CLS: a dificuldade da comunidade de se empenhar em prol de lutas coletivas, em detrimento de conquistas individuais e clientelistas.

Eles não estão habituados, acostumados com esse tipo de organização [...] se você disser que vai fazer para mim, você se dá bem, mas se prometer para a coletividade, o que deveria ser o certo, aqui não é bem visto. Então como não podemos oferecer no conselho nada individual, pessoal de favor, as pessoas não se interessam. (C4)

Um estudo realizado no município de Vitória da Conquista (BA) também detectou um misto de individualismo e imediatismo nas comunidades, pois as pessoas só demonstravam interesse em se envolver no conselho de saúde em questões que lhes garantissem benefícios pessoais diretos e imediatos, como tornarem-se conhecidos dos profissionais da unidade e assim ter acesso facilitado aos serviços

de saúde, conseguindo marcar consultas e exames com maior facilidade (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012).

Se envolver no conselho de saúde apenas em questões que garantam benefícios pessoais é ir de encontro ao projeto de funcionamento destes conselhos, que deve ser engajado em lutas coletivas. Escorel e Moreira (2010) apresentam duas questões que podem nos ajudar a compreender este fenômeno social. A primeira delas é o forte traço patrimonialista e clientelista que estão presentes na sociedade, principalmente em nível local. E em municípios pequenos como Anchieta, onde se vive uma política partidária dicotômica, com dois lados nitidamente definidos, governos opostos se revezam no poder e carregam consigo famílias inteiras, tradicionalmente, ao seu lado, custe o que custar. Valores que são reproduzidos diariamente nas relações cotidianas, inclusive no âmbito dos conselhos. Já a segunda questão que nos ajuda a refletir sobre este fato é a influência do mercado, em que cada indivíduo, como um bom consumidor, deve buscar a conquista de tudo o que lhe garante sua satisfação pessoal, em detrimento dos princípios e valores coletivos, que a cada dia tornam-se mais esquecidos.

O que interessa pra uma pessoa ir numa reunião? É necessário ter uma motivação pra vir à reunião. A toa ninguém vem, pra poder fazer, tem que ter uma questão. (C3)

O quarto motivo que produziu nos conselheiros e na comunidade o sentimento de não-pertencimento em relação aos CLS, neste caso os do meio rural do município, foi o fato de que por ser do interior, as pessoas não vivenciam muito esta realidade política, conforme podemos perceber nos relatos a seguir.

Nos interiores as pessoas trabalham mais lá na sua horta, no seu terreno e isso muitas das vezes deixa as pessoas fora da realidade [...] o interior tem vivenciado pouco essa realidade de política, conselho, discussões, tanto da saúde, quanto da educação. (C12)

Lá a gente vive isolado. Não tem nada, ninguém da ideia pra nada, e os políticos só vão lá a época de eleição para pegar votos. Acabou eleição, você não tem ninguém nunca mais. Pra mais nada, nem pra ver se está precisando de alguma coisa, nada. (C9)

O meio rural é apresentado por estes entrevistados como uma realidade bem distante da velocidade e do turbilhão de movimentos que geralmente povoam o âmbito urbano. A sensação de viver isolado, esquecido e ainda de sentir-se meramente usado pelo sistema desenvolvido nas cidades, que garante o direito ao voto, apenas, não corresponde às expectativas e às reais necessidades desta população. A maioria das questões relacionadas aos movimentos democráticos, às disputas políticas, à busca pelo desenvolvimento estão presentes no meio urbano, ainda não alcançaram como êxito o meio rural. Com exceção aos movimentos populares envolvidos na luta pela reforma agrária ou pela proteção ambiental, pouco se conhece no Brasil de organizações ou grupos envolvidos em movimentos populares e democráticos no meio rural.

Se for analisado por sua composição territorial, o município de Anchieta pode ser considerado predominantemente rural, pois suas propriedades rurais ocupam cerca de 40 hectares de terra, ou seja 93,5% do território do município, com um grande predomínio da agricultura familiar em 85% destas propriedades (FUTURA, 2005). Entretanto, ao analisá-lo em relação à distribuição de seus habitantes, Anchieta é um município predominantemente urbano, pois possui 18.161 residentes na área urbana e apenas 5.741 na zona rural, segundo o IBGE. Ou seja, grandes propriedades de terras pertencendo a poucas pessoas (BRASIL, 2010). Um dado interessante, porém, é que esta realidade demográfica pode ser considerada recente, uma vez que em 1950, quando o contingente populacional era de apenas 9.539 habitantes, 86,5% destes habitavam a zona rural (RAUTA MARTINS; RAUTA RAMOS, 2012).

É muito comum nas comunidades tradicionais do interior a existência de um modo peculiar de viver a vida, a seu modo, fazendo uso da terra, cuidando das criações, usufruindo da natureza e estabelecendo relações com a mesma. Em geral, sujeitos que tem consciência de si e dos que estão a seu redor. Assim vivem dia após dia se envolvendo em suas ações a partir de suas práticas, de seus saberes e de sua relação com o meio (RAUTA MARTINS; RAUTA RAMOS, 2012).

Entretanto, quando o des-envolvimento chega, é visto muitas vezes como algo externo, gerador de tensão, de conflito com o modo de vida ali estabelecido. Na

maioria dos casos vem incorporado de formas de viver, agir e pensar que desqualificam as práticas e saberes já existentes ali, por meio de um apropriação dos espaços de reprodução da vida social (RAUTA MARTINS; RAUTA RAMOS, 2012). Talvez desta forma que os CLS foram percebidos por aquelas comunidades rurais que, oprimidas pelo abandono do poder público, não viram nestes espaços nenhuma esperança de melhoria da sua realidade já estabelecida.

Eu mesmo não falei, mas lá no fundo eu pensava assim, que isso não ia dar em nada. Isso porque lá na minha comunidade todo mundo já está desacreditado entendeu, lá não tem nada, nunca ninguém ligou pra gente, então era mais uma propaganda enganosa, vamos dizer assim. (C9)

Finalmente, o quinto motivo que produziu nos conselheiros e na comunidade o sentimento de não-pertencimento em relação aos CLS percebemos nos relatos dos conselheiros em dois momentos. O primeiro momento quando se referiam as intensas mudanças que estavam para ocorrer com a chegada de grandes empresas multinacionais que ocuparão grande extensão territorial, e conseqüentemente, ocasionarão deslocamento de boa parte dos moradores para outro lugar da cidade.

Então as pessoas dizem [...] “ah por que eu vou me envolver, querer melhorar alguma coisa, porque eu não vou ficar aqui mesmo, e vai vir uma máquina e vai retirar tudo”. (C9)

E a gente ouvia [...] “ah eu não vou fazer isso ou aquilo porque a empresa está vindo”. Então até a gestão ficava dizendo “pra que fazer unidade nova? [...] pra que fazer o asfalto?” (C10)

Já o segundo momento, quando percebíamos que muitas comunidades eram formadas de pessoas vindas de outros estados ou cidades do país, que chegavam ao município de Anchieta em busca de emprego nas multinacionais instaladas, e que mesmo permanecendo nele, nunca deixava de se considerar estrangeiro ou migrante ali.

Porque são pessoas que vieram do interior de outro estado, um lugar simples, muita pobreza. Vieram pra cá com famílias, pra trabalhar, e precisam de apoio. (C8)

Assim, para estas comunidades ter um CLS criado e instituído também não faz sentido, pois não se sentem pertencente a ele, na medida em que também não se sentem pertencentes ao território que hoje ocupam, sempre em uma noção de temporalidade. Então como lutar por melhorias no sistema de saúde? Melhorias para quê? Para quem? Se hoje a vida destas comunidades é como de peregrinos a procura de sua subsistência, de condições melhores de vida. Mais uma vez, não há lugar neste plano para lutas coletivas. Cada um, cada família luta pelo que é seu, pela sua vida, pelo seu sustento, até mesmo pela sua saúde ou contra a ausência dela quem sabe, se considerarmos todo o contexto em que estão envolvidos.

Deparamo-nos, portanto, com conflitos que derivam das relações entre o capital, o trabalho, o desenvolvimento e a subsistência do ser humano. Conflitos que se envolvem e interferem diretamente na identidade social destes sujeitos, que é concebida como socialmente construída, por suas relações tanto com o ambiente físico, onde as pessoas estão inseridas (o ecossistema), quanto pela sua relação com o todo que o cerca (a sociedade) (MOREIRA, 2006).

E sendo assim, com uma identidade social conflituosa, a participação social torna-se comprometida, pois para que a participação social ocorra ela depende, dentre outras coisas, do nível de cultura política local e do grau de envolvimento e mobilização social (CÔRTEZ, 2010). Como um dos requisitos da Atenção Primária à Saúde (APS), a participação social relaciona-se justamente com a necessidade do envolvimento da comunidade em decisões sobre a saúde da coletividade (GIOVANELLA; MENDONÇA 2008).

Nesse sentido, observamos que simplesmente institucionalizar um espaço de participação social, como os CLS, não é suficiente para promover a mobilização social e o envolvimento comunitário, mesmo com todo apoio da gestão municipal.

3.3 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: ELOS, MEIOS E MEDIAÇÕES

Outra categoria que emergiu dos dados coletados em entrevista foi a compreensão que o funcionamento e o desenvolvimento dos CLS estaria diretamente associado ao estabelecimento de elos com outras instâncias, como as associações de moradores, os órgãos públicos de defesa e proteção ao cidadão, o conselho municipal de saúde e, principalmente, a gestão municipal. Na ausência destes elos, os CLS se tornariam limitados ao exercer o seu papel de mediador entre a comunidade e a gestão municipal.

O conselho não avança mais, não devido a nossa participação não, mas por força política. Ele precisa de mais, precisa ter respaldo do conselho municipal, do gestor, de tudo, para ele se ver com força. E nós não tivemos até hoje. (C3)

[...] se dependesse só daqui, de nós, seria mais atuante, mas tem muita gente por trás. Não depende só de nós. Se dependesse só de mim, dos outros, mas nós temos que recorrer a alguém mais, né? (C7)

Essa percepção mostra que realmente os CLS possuem limites em sua capacidade de ação e por isso torna-se tão importante a articulação com outras instâncias de poder e gestão públicas (CRUZ et al, 2012). Mas não somente isso, os CLS devem também buscar outras formas de mobilização, denúncia e contestação, como reivindicações na imprensa, passeatas e outras formas de pressão ao poder público a fim de alcançar os resultados necessários às demandas da comunidade.

Entretanto, o que observamos é que nesse meio de relações e conflitos, o descaso das possíveis parcerias estabelecidas, a falta de apoio e incentivo, a sensação de abandono por parte da gestão foram apontados como fatores convergentes para desânimo, impotência e apatia frente ao desenvolvimento dos CLS.

Eu acho que esta ferramenta, o conselho local, é muito importante para o controle social, para a gente [...] solicitar as coisas que a gente precisa [...] eu sinto que a gente pode fazer muito mais, que é importante e que tem que ser valorizado. E a gente precisa dar força para que não entre na rotina do deixa pra lá, do esquecimento. (C1)

[...] eu percebi que perdeu um pouco o elo. As pessoas não se juntavam mais para saber quais eram as necessidades da comunidade, se está precisando disso, vamos correr atrás. Não! As pessoas sempre esperaram da parte administrativa. Perdeu um pouco o elo. (C9)

Cruz et al (2012) criticam o fato de que nos conselhos gestores, assim como na nossa população, ainda há uma cultura arraigada de esperar pelo Estado provedor de políticas públicas, o que muitas vezes silencia ou acomoda os sujeitos a aguardarem o apoio, as ações, as intervenções deste Estado visando o bem estar social. Contudo é preciso compreender que este Estado de bem-estar social, que teve seu auge nos anos 50, caracterizando-se pela ampliação dos investimentos sociais, foi desmontado a partir dos anos 70 com a crise do capital, principalmente devido à crise financeira do comércio internacional e à inflação crônica associada ao baixo desenvolvimento econômico. Assim, deu lugar aos ideais neoliberais que traziam consigo a defesa de um Estado neutro, mínimo, que deveria reduzir os investimentos com o social, considerados grande ônus aos cofres públicos, e permitir que o capital e o mercado regessem a ordem mundial, em “benefício de toda a coletividade”. Um Estado que, desresponsabilizado de prover políticas sociais e anulando o caráter de direito das mesmas, fez com que elas passassem a ser vistas como um favor, um benefício (NAVARRO, 2002; PASTORINI, 2002).

Os conselheiros percebiam, no entanto, a necessidade de estabelecerem os elos e insistiam nesse aspecto para o alcance dos objetivos nestes fóruns. A cada reunião, a cada tentativa, a cada solicitação alimentavam a esperança do alcance de objetivos que eram frustrados a cada resposta omitida, ignorada. Era como se conselheiros compreendessem que ocupar lugar em um CLS não significava realmente fazer parte da organicidade do poder hegemônico, era como ocuparem lugares vazios de poder, lugares limitados (AROUCA, 1979 apud PESTANA; VARGAS; CUNHA, 2007).

Acho que a gente só não tem muita força. Depende deles né. Não tem muito que fazer. Pede determinado assunto, que a gente não tem poder. A gente tenta fazer e não consegue. Injustiça. Faz reunião e não consegue. (C5)

Diante desse quadro, questionamos onde estaria a partilha de poder, essencial nos discursos e práticas democráticas, quando o que vimos na realidade é uma partilha de poder muito restrita, uma correlação de forças que os impedem de influenciar a política de saúde local, municipal e dificulta as repercussões desejadas por estes sujeitos políticos. Relembramos que não era essa a finalidade dos CLS, uma vez que foram criados para “possibilitar a participação organizada da população na administração dos serviços prestados, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população” (ANCHIETA, 2010b). Um discurso retórico que não alcançou a prática das vivências, das reais necessidades da comunidade.

Ainda nesse intuito de alcançar os objetivos propostos e de estabelecer elos, surgiu no ideário dos conselheiros locais de saúde o conselho municipal de saúde de Anchieta como um possível e importante parceiro; e não poderíamos deixar de discutir esta relação. Na concepção dos conselheiros locais, o conselho municipal deveria ser um apoio à implantação e desenvolvimento dos CLS, ajudando na construção de seus regimentos internos, no enfrentamento de dificuldades, no esclarecimento de dúvidas, na mediação junto à gestão. Muitas expectativas, porém muitos desapontamentos com o conselho municipal de saúde, pois mesmo presentes nas reuniões, os conselheiros locais não conseguiam incluir suas demandas nas discussões deste conselho, que deveria agir no sentido de acolher e apoiar estas comunidades.

Aí a gente levava as nossas sugestões para o conselho municipal, para que o conselho municipal comprasse a nossa briga, entendeu? [...] Mas não conseguimos colocar assuntos na pauta. (C6)

Às vezes a gente quer avançar, e quando chega lá, por outras questões que eles têm que resolver, deixam as questões da gente em segundo plano [...] eles falam da boca pra fora, não é de todo interesse que o conselho local esteja fortalecido. É um descaso [...] falta de interesse mesmo. (C3)

Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) identificaram tais dificuldades no âmbito dos conselhos municipais de saúde. Apontaram por exemplo a imensa pauta de problemas gerais comuns em reuniões, que por não serem organizados por grau de prioridade, não são resolvidos e nem mesmo reapresentados.

E neste sentido, o que nos perguntamos é o que tem ocupado demasiadamente estas pautas de reuniões. Seriam demandas de outras comunidades? Projetos para melhorar o acesso, a assistência, os serviços? Semelhante a isto, Soratto et al (2010) identificaram, por exemplo, que durante reuniões e encontros entre profissionais de saúde, gestores e população as informações que na realidade são repassadas e os assuntos discutidos são de caráter eminentemente técnico e normatizador.

Longhi e Canton (2011) criticam ainda o fato de que em alguns casos a participação social nestes fóruns tem se limitado apenas à aprovação de programas ou pacotes ministeriais de financiamento para a saúde, que muitas vezes, não condizem com as reais reivindicações que, historicamente, representam bandeiras de luta dos militantes em saúde.

Uma pesquisa encomendada pela Controladoria Geral da União em 2006, apontou que os conselhos municipais além de não influenciar efetivamente a elaboração de políticas sociais, conforme esperado, foram, em sua maioria, cooptados e aparelhados pela gestão, o que podemos chamar de “prefeiturização”. Um controle que legitima ações e medidas questionáveis tanto do ponto de vista técnico e administrativo quanto de sua natureza ética e política, pois pode transformar estes espaços em verdadeiros instrumentos para encobrir fraudes do sistema político ou privilegiar as classes dominantes (LYRA, 2007), e o que é ainda mais cruel, tudo sob a ótica camuflada de que todas as coisas são realizadas a partir da ciência e aprovação da população.

A partir desta cooptação, a noção de controlar o Estado, se reverte em controle do Estado sobre um fórum institucionalizado para participação da população da gestão das políticas públicas. É o que Demo (1995) considera “cidadania tutelada”, uma concessão vinda de cima, do Estado, que por reproduzir a pobreza política das majorias, não abre espaço à consciência crítica necessária para sacudir essa tutela que impede o protagonismo de sujeitos políticos em busca da democracia. Um Estado que é exógeno, distante no ideário da comunidade e que para ser alcançado é necessário tentativas de acessos mediadoras, criadas a partir destas instâncias institucionalizadas ou não.

3.4 A EXOGENIA DA ADMINISTRAÇÃO E OS OBSTÁCULOS À PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Existe no imaginário da comunidade uma abstração em relação às instâncias de poder, no sentido de serem longe, distantes da vida cotidiana da sociedade, exógenas à realidade comunitária, inclusive no que se refere à instância municipal de gestão (NUNES, 1996). Foi possível também percebermos isto durante as entrevistas com os conselheiros locais de saúde, pois a todo o momento mencionavam instâncias como a prefeitura, a secretaria municipal de saúde e inclusive o conselho municipal de saúde, como “do outro lado”, “lá”, “distante” deles, “em cima”, conforme podemos ver nos fragmentos dos depoimentos a seguir

[...] a saúde, como a maioria dos assuntos administrativos é tratada de cima para baixo. Uma decisão sobre a saúde é tomada lá em cima e é trazida, jogada, imposta para a população. [...] mas com esse conselho local isso seria diferente [...] seria levado daqui pra lá o que precisa a comunidade [...] seria o caminho inverso. (C2)

Marx ao discutir as relações entre o Estado e a sociedade civil, considerou a existência de um Estado abstrato e um Estado real. O primeiro é um Estado místico, espiritualizado pelos fundamentos da burocracia. Um processo de espiritualização se dá quando a burocracia assume o lugar do Estado, tornando-o um espírito sem nenhuma essência, uma ilusão, um Estado que não serve à sociedade, e sim aos seus próprios interesses, uma vez que para Marx o Estado é, na realidade, uma negatividade da sociedade, pois suas formalidades políticas afastam os indivíduos das decisões de seus interesses (MARX apud TROTTA, 2004).

Em contraposição a este Estado abstrato, o Estado real - entendido como uma resposta ao interesse geral, ao interesse do povo - tem o povo como a sua base, e neste sentido, como seu construtor em um plano racional de negatividade do Estado abstrato. Um Estado real que só pode existir se estiver fundido na sociedade civil, envolto em ideais democráticos que visam desconstruir o burocratismo e envolver os indivíduos na participação nos negócios públicos. Assim, à medida que todos participam do Estado, ele se tornará real, a partir da discussão e decisão do povo.

Uma sociedade civil que penetra no interior do Estado e rompe com a estrutura classista imposta à sociedade. Uma sociedade civil que se transforma em sociedade política (MARX apud TROTTA, 2004).

Se por um lado reaparece na pesquisa a percepção de que na administração pública é comum a elaboração e implementação de políticas e ações de forma exógena, mostrando como está arraigada neste contexto; por outro notamos a perspectiva de que os CLS transformariam esta realidade, a fim de possibilitar a construção de políticas, que correspondessem efetivamente às demandas da comunidade, *“pois quem sabe o melhor para a cidade é a comunidade” (C13)*.

Contudo, diante desta distância da administração e inclusive do conselho municipal de saúde, a sensação é de não ser possível atuar na construção destas políticas e ações a partir dos CLS, que permanecem isolados do jogo político do poder.

Porque a gente se reúne, fala, fala. Ai vem a próxima reunião, é a mesma coisa entendeu. Vai ofício para a secretaria, para o conselho municipal, mas aí fica nisso. Não resolve nada [...] não consegue. Acho que a gente só não tem muita força [...] Não tem muito que fazer. (C5)

Este isolamento do jogo político do poder, enfrentado pelos conselheiros entrevistados, lembrou-nos muito de uma das diversas classificações da descentralização trazida por Tobar (1995), a “descentralização como deslocamento do conflito”. Esta se refere à multiplicação de instâncias de negociação e/ou conciliação no âmbito governamental.

A partir da análise deste autor, a multiplicação de instâncias de negociação e/ou conciliação no âmbito governamental se dá a partir de uma hierarquização de conflitos. Enquanto o nível central passa a se ocupar apenas com tomadas de decisões correspondentes ao conflito central, as outras instâncias multiplicadas, por serem mais periféricas, passam a ter o papel de absorver outros conflitos, também mais periféricos, que vão sendo deslocados a elas (TOBAR, 1995). Assim, por terem sido deslocados, estes conflitos locais talvez podem nem ser considerados pela instância central como tão prioritários.

Esse tipo de descentralização pode assumir, de acordo com o autor, dois significados completamente distintos. O primeiro é que com esta multiplicação de instâncias pode haver uma ampliação da democracia e uma abertura de canais de participação social, no intuito de garantir que as reivindicações dos atores locais não sejam distorcidas até chegar ao nível central, nem diluídas em questões mais globais. Todavia, em um segundo significado, a “descentralização como deslocamento do conflito”, pode representar, de forma cruel, apenas uma amortização das demandas e conflitos nestas instâncias locais, periféricas, como uma grande estratégia que visa aliviar as cargas do nível central e proteger a imagem do Estado mínimo (TOBAR, 1995).

Se o Estado está protegido por não ser mais o responsável imediato por absorver as demandas e prover políticas que afetam as condições de vida, permanece distante da realidade das pessoas, e incumbem as instâncias locais desta responsabilidade. Todavia, estas instâncias por sofrerem com suas limitações de poder e gestão, muitas vezes apenas absorve as demandas e as amortiza, não dando respostas à população. Portanto, trata-se de um deslocamento de conflito que fragmenta as demandas sociais e distancia a comunidade da administração, que permanece intacta e fechada.

É por isso que Tobar (1995) nos alerta quanto a necessidade de identificarmos de onde surge a iniciativa para o estabelecimento destas instâncias mais periféricas, mais locais, se a partir de políticas concedidas ou demandadas (HIRSCHMAN apud TOBAR 1995), o que é essencial para compreendermos se estas instâncias serão estratégias de dissolução ou resolução dos conflitos. Questionamo-nos mais uma vez quanto ao verdadeiro papel destes CLS quanto a essa questão, principalmente quando nos deparamos com declarações como estas

Pelo que eu sei, se dependesse deles (secretaria, gestão) o conselho aqui também não funcionaria. (C4)

É necessário também a gente chegar à secretaria de saúde e os nossos pedidos serem bem aceitos [...] porque eu tenho usuário que fala assim “ah, nós somos figuras decorativas”. (C1)

Fleury (2010), também discute a partir de Offe (1984), o conceito de “seletividade estrutural do Estado” que é oportuna à análise que aqui construímos, pois com esta seletividade, o Estado faz com as demandas populares, mesmo adentrando o aparato administrativo, sejam destituídas de seu verdadeiro conteúdo político, a partir da burocracia estatal, o que colabora unicamente para preservar os limites do sistema de acumulação de riqueza e poder.

Diante disso, a autora mostra em seu discurso como é importante fortalecer, desenvolver e coordenar fóruns de resistência difusa, seja dentro ou fora do aparato institucional do Estado. Movimentos de resistência que visam pôr fim às relações de subordinação vigentes, a partir de novos sujeitos políticos que subvertam a sua posição subordinada. Uma ruptura baseada na construção de identidades emancipatórias em um campo de lutas pelos direitos sociais (FLEURY, 2010).

Eu acredito muito no controle social. É uma ferramenta importantíssima. E a gente deve buscar excelência neste sentido. É a voz da comunidade dentro da secretaria. (C1)

É isso que me motiva a participar do conselho local, esses sonhos e a vontade de ver as coisas diferentes. (C2)

Percebemos que ainda existem sujeitos nos CLS que acreditam em seu papel social, que se envolvem em lutas coletivas, que se dedicam em desempenhar seu papel nestes fóruns. Isso nos lembra de Arendt (apud FLEURY, 2010) quando considera que cada ser humano, desde seu nascimento, é dotado de um poder de agir e transformar a realidade. Um sujeito que vai se construindo no decorrer da vida a partir da liberdade, da consciência, da interação, do reconhecimento recíproco e mútuo. É condicionado às relações sociais, se torna agentes de seu próprio dever, enfrenta as adversidades e busca possibilidades para traçar o curso de sua ação, num processo de subjetivação (FLEURY, 2010).

Acreditar na participação social é crer que os sujeitos políticos que resistem às relações de dominação, opressão e subordinação, podem, articulados, criar formas de resistência a elas, na busca por políticas públicas que transformem os

antagonismos da ação política e assim radicalizem a democracia, como um governo realmente de todos, com todos (FLEURY, 2010).

Mesmo diante dos obstáculos enfrentados pelos conselheiros no exercício de sua função, o que nos motiva é notarmos que o desejo de resistir e de não se submeter persiste aceso como um farol a guiar a vida e os caminhos destes sujeitos. Sujeitos protagonistas de sua vida e de sua comunidade, que atuam como agentes transformadores, motivadores de sonhos e projetos em prol de uma saúde pública que corresponda às suas demandas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização da assistência e gestão em saúde, uma das marcas dos anos 90, tornou-se popular entre meios políticos e gestores principalmente devido sua funcionalidade econômica, assumindo, a partir de então, vários sentidos diferentes de acordo com a base ideológica que os fundamentam. Dentre as diversas classificações, acreditamos que, no que se refere ao Brasil e ao SUS, a classificação que predomina é a descentralização como “devolução”, que se relaciona à transferência não apenas de responsabilidades, funções e recursos, mas também de poder decisório e autonomia para as esferas locais, no intuito de fortalecê-las.

Importante lembrar que, além da Constituição de 1988, outras legislações posteriores foram fundamentais para solidificar as discussões a respeito do processo de descentralização e transferi-las para o campo prático, pois estabeleceram ações, serviços, recursos e responsabilidades aos municípios, estados e nível federal, como exemplo a “Lei Orgânica da Saúde” nº 8.080/90, a Lei nº 8.142, as NOB's, as NOAS, e os Pactos pela Saúde.

A municipalização foi considerada, no contexto histórico, como um dos mais importantes pilares da descentralização, a partir do discurso que o município é o melhor lugar para gerir as políticas e os recursos públicos. No entanto, acreditamos que a descentralização da assistência, da gestão, da participação, conforme as referidas legislações e outras que a respeito proferem, não se mostraram algo sempre vantajoso aos municípios ou às comunidades, inclusive no que diz respeito à qualidade dos serviços oferecidos e à democracia na arena política de participação social. Isso se tornou evidente a partir de alguns argumentos apresentados, como a dificuldade financeira e administrativa da maioria dos municípios brasileiros; a criação de sistemas municipais muitos distintos, pouco resolutivos, atomizados e desarticulados; a não garantia de acesso a serviços de saúde devido falhas do sistema; a fragmentação dos serviços; o favorecimento do clientelismo local; e a privatização do Estado, mediante terceirizações.

Ao mesmo tempo em que questionamos se a esfera municipal de governo seria mais democrática e se a descentralização aumentaria a eficiência e a transparência das políticas públicas, concordamos que não se pode negar que a descentralização pode ser uma possibilidade à criação de novas instâncias de negociação e novas alternativas de ordenamento da estrutura organizacional do sistema de saúde, podendo ser mais permeável às demandas dos cidadãos.

Dentre estas alternativas de ordenamento da estrutura organizacional do sistema de saúde, o estudo trouxe uma abordagem dos conselhos de saúde, institucionalizados pela Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que representaram o desejo que a participação social assumisse lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde. Uma participação que neste estudo foi defendida como aquela construída por diversos segmentos sociais empenhados por meio da mobilização, denúncia e contestação em busca de uma verdadeira partilha do poder entre o Estado e a sociedade civil, em espaços legalmente instituídos ou não.

Todavia, mesmo diante de inegáveis avanços alcançados ao longo dos anos com a institucionalização da participação social nos conselhos, mostramos que os mesmos têm enfrentado algumas limitações. Frente a estas limitações dos canais tradicionais de articulação entre Estado e sociedade, destacamos os ideais da gestão participativa, que surgiram no intuito de renovação e criação de instâncias mais flexíveis, porosas e efetivas às complexas demandas sociais, como exemplo os CLS, destaques deste estudo, que surgiram como uma destas alternativas flexíveis de participação social.

Foi possível apreendermos que em Anchieta os conselhos locais surgiram a partir de um processo institucional de criação e implementação. A análise do perfil dos conselheiros que compunham os CLS permitiu obter informações quanto à sua formação cultural e política, além de compreender de que forma e fatores como a idade, gênero, escolaridade, dentre outros, influenciavam o processo de tomada de decisão.

Dentre os diversos fatores estudados, ressaltamos a diferença de escolaridade entre os conselheiros representantes dos usuários em Anchieta, quando comparados aos

profissionais, pois acreditamos que pode esta representar um fator inibitório ou limitante para os mesmos colocarem-se frente a discussões com profissionais de saúde de nível técnico ou superior, ou até mesmo em ambientes públicos oficiais, o que pode comprometer o seu potencial de influência na política de saúde municipal.

Registramos ainda que não consta até o momento a realização de novas eleições e nem a extensão oficial dos mandatos dos conselheiros eleitos, o que tem ocasionado o afastamento gradual da maioria dos conselheiros ainda em atividade. Não há também informações se a gestão municipal atual, que assumiu mandato no início de 2013, tenha se atentado ao que a Lei de criação dos conselhos previu, quanto à duração do mandato dos conselheiros e às possíveis eleições.

O estudo foi capaz de revelar que os conselheiros locais de saúde enfrentam grandes dificuldades. Dentre elas, destacamos o sentimento de não pertencimento aos CLS, a exogenia da administração, a dificuldade de estabelecer diálogo (inclusive com o Conselho Municipal de Saúde, devido ao seu distanciamento), além da falta de processo de formação específica para estes conselheiros. Dificuldades que tendem a desvirtuar os caminhos desejados da participação social no âmbito do SUS, comprometendo enormemente a efetivação destes espaços no município.

Apesar dos mecanismos de participação no SUS terem sido institucionalizados há mais de duas décadas, eles ainda não são conhecidos e compreendidos pela maioria da população. E no caso destes conselhos locais, observamos que simplesmente institucionalizá-los como espaço de participação social, não foi suficiente para promover a mobilização social e o envolvimento comunitário, uma vez que foram institucionalizados a partir de iniciativa exógena à comunidade, que com um sentimento de não pertencimento, tornou-os espaços vazios.

O estudo mostrou que houve uma interrupção no processo de implantação e fortalecimento dos CLS, inclusive no que concerne à falta de apoio da gestão e do conselho municipal de saúde, que numa espécie de cooptação, mostrava-se, assim como a gestão, distante da comunidade e dos CLS, o que desapontou muitos conselheiros.

Os entraves ao funcionamento dos conselhos de saúde ainda são desafios a serem superados, para que estas instâncias sejam mais influentes na gestão pública, conforme os princípios de sua criação. Contudo, mesmo com o desmonte destas instâncias de participação, permaneceu entre alguns conselheiros o sentimento de lutar em prol da coletividade, dos direitos legalmente garantidos. Isto nos mostra que ainda existem conselheiros que acreditam em seu papel social, em seu poder de agir e transformar a realidade. Sujeitos que, em meio a diversas às relações sociais, tornam-se agentes de seu próprio devir, enfrentam as adversidades e buscam possibilidades para traçar o curso de sua ação, num processo de subjetivação (FLEURY, 2010).

Ressaltamos que a participação social e a democracia são fundamentais para a construção de políticas de saúde que correspondam às demandas reais da comunidade, porém para garantir a democracia na sociedade, não basta descentralizar. É necessário que os sujeitos políticos que resistem às relações de dominação, opressão e subordinação, se articulem e criem formas de resistência a elas, na busca por políticas públicas que transformem os antagonismos da ação política e assim radicalizem a democracia, como um governo realmente de todos, com todos.

5 REFERÊNCIAS

ACURCIO, F.de A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.**

Disponível em: <<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>>. Acesso em 20 Out. 2013.

AGUIAR, R.A.T. de; OLIVEIRA, V.B. de. As reformas na área da saúde: a emergência do sistema único de saúde e as propostas de mudança do modelo assistencial. In: ALVES, C.R.L.; VIANA, M.R.A. (orgs.). **Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes.** Belo Horizonte: COOPMED, 2003, p.1-6.

ANCHIETA. Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº 628, de 3 de Agosto de 2010. Cria os conselhos locais de saúde. **Leis Municipais.** Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/showinglaw.pl>>. Acesso em: 10 fev. 2013. Anchieta, 2010a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de Saúde da Família Centro III. Conselho Local de Saúde. **Regimento Interno no Conselho Local de Saúde Centro III.** Anchieta: set. 2010b.

ARRETCHE, M.T.S. **Estado Federativo e Políticas Sociais:** determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 8, v.2, 2003, p. 331-345.

_____. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência das políticas públicas? **Rev. Bras. Ciênc. Sociais.** 1996; n. 31, p. 44-66.

AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). **Participação, Democracia e Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 151-174.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições, 2000.

BARROS e SILVA, P.L. Descentralização de políticas sociais: marco teórico e experiências internacional e brasileira. In: VELLOSO, J.P.R.; ALBUQUERQUE, R. C.; KNOOP, J. (orgs.). **Políticas sociais no Brasil:** descentralização, eficiência e equidade. Rio de Janeiro, Inae/Ildes, 1995.

BISPO JUNIOR, J.P.; MARTINS, P.C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Out. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Resolução nº 196 out. 1996.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=320040&search=espírito-santo|anchieta>>. Acesso em 15 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 21 ago 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Participação Social em Saúde**. 2006. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/anexos/MS_Participa%C3%A7%C3%A3o%20Social%20Brasil_2006.pdf>. Acesso em 2 Nov. 2010.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS: PARTICIPASUS**. 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Participasus%20-%20Politica%20Nacional%20de%20GP%20para%20o%20SUS.pdf>>. Acesso em 1 Nov. 2010.

BRAVO, M.I.S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: _____; PEREIRA, P.A.P. (orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CARVALHO, B.G.; PETRIS, A.J.; TURINI, B. Controle Social em Saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; JUNIOR, L.C. (orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. ed. UEL. 2001. 1 ed. P. 93-107.

CARMO, J. **Anchieta conquista prêmio nacional de Gestão Participativa**. Disponível em: <http://www.anchieta.es.gov.br/mat_vis.aspx?cd=7252>. Acesso em 10 jul. 2012.

COELHO, J. S.; Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, v.21, suppl.1, pp. 138-151.2012.

CORREA, M.V.C. Controle Social. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://s3images.coroflot.com/user_files/individual_files/292402_od8MVfq54BuB2b_D0jOxUTDYm.pdf>. Acesso em 15 Dez 2012.

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

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.102-28.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**. São Paulo v. 15, n. 2, maio-ago. 2006. p 47-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200006>. Acesso em 20 jun. 2012.

COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.L.B. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Rio de Janeiro, n. 3, p. 33-55, jul./set. 1991

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

COTTA, R.M.M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2013.

CRUZ, P.J.S.C. et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saude e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Dez. 2013.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde, Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____ (Org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo, ed. Paz e Terra. 2002

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

_____. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 2001.

DRAIBE, S.M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Revista de Ciências Sociais**. São Paulo: Anpocs, 1992.

DINIZ, E. Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. **São Paulo em Perspectiva**: revista da fundação Sead, São Paulo, v. 10, n. 4, 1996.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.21, suppl.1, p. 126-137. 2012.

ELIAS, P.E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.5, n. 2, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Set. 2013.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.229-47.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **Editais de credenciamento nº001/2008**. Processo nº 38216183. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/2008_03_28_Edital_IE.pdf>. Acesso em 25 fev. 2013.

FARIAS, J.L.C. A dicotomia entre Democracia Representativa e Democracia Participativa e a Educação no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 17(2): 69-88, jan.-jun./2011.

FEDOZZI, L. J. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In: FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Org). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.204-28.

FERNANDES, V.; SAMPAIO, C. A. C. Formulação de estratégias de desenvolvimento baseado no conhecimento local. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 5, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v5n2/v5n2a02.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2013.

FERREIRA, F.F. **Implantação dos Conselhos Locais em Anchieta**: mudanças. Anchieta: 2011.

FIGUEIREDO, J.E. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 113pp, 2001.

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 24-46

FLICK, U. Entrevistas Semi-Estruturadas. In: _____. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. - Porto Alegre: Bookman, 2004. 312 p.

FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. **Rev. do Serv. Público**, v.49, n.3, p.85-100, 1998.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; RIBEIRO, E. A. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba n.21, p.125-145. 2003.

FUTURA, Instituto. Agenda 21 de Anchieta – Documento de Referência. **Relatório da Agenda 21**, Anchieta-ES, 2005. p. 41, 47 a 50, 59.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
GIOVANELLA, L.; MEDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2008. p.575-625.

GONCALVES, A. O.; GONCALVES, R. S.; TAVARES, A. L. O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil. **Saúde e sociedade.**, v.20, n.3, pp. 659-672. 2011.

GUIZARDI, F.L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 9-34, mar./jun. 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/revista/upload/revistas/r234.pdf>>. Acesso em 20 Jun 2012.

GUIZARDI, F.L. et.al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferencias nacionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, jun. 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012.

JACOBI, P.R. **Ampliação da cidadania e participação: desafios na democratização da relação poder público-sociedade civil no Brasil**. Tese [livre docência]. São Paulo, 1996. USP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/48/tde-25102005-105004/pt-br.php>>. Acesso em 30 Out. 2013.

_____. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciênc Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 7(3), n. 3, 2002. p.443-54.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. St. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, Jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Ago. 2013.

LECOVITZ, E.; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n.2, 2001, p. 269-291.

LONGHI, J.C.; CANTON, G.A.M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2012.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v. 24, janeiro-junho de 2005, p.105-125. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em 20 set. 2013

LUIZ, S.G; QUINTANILHA, B.C. **Educação Permanente para Conselheiros de Saúde**: olhares sobre as vivências e experiências de Vitória, ES. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

LUZ, M.T. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO; 2001. p. 17-37

LYRA, R.P. Democracia representativa x democracia participativa: a representação do estado e da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas. **II Seminário Nacional sobre Movimentos Sociais, Participação e Democracia**, Anais..., Florianópolis, 2007.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

_____. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.

MENDES, E.V. Avançando no federalismo sanitário brasileiro: a descentralização convergente. In: KEINERT, T.M.M.; ROSA, T.E.C.; MENEGUZZO, M. (orgs.). **Inovação e cooperação intergovernamental**: microrregionalização, consórcio, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo: Annablume; 2006. p. 13-22.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2008.

_____; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set. 1993. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2012.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: _____ (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOREIRA, R.J. Identidades complexas no conhecimento científico sobre comunidades costeiras. In: AMODEO, N.B.P.; ALIMONDA, H. **Ruralidades, capacitação e desenvolvimento**. Viçosa: Ed. UFV, 2006. pp.177-200.

NAVARRO, V. Produção e Estado do bem-estar: o contexto das reformas. In: NETTO, J.P. (Org.). **Transformações societárias e Serviço Social. Serv Social e Societ**, n. 50, São Paulo: Cortez, 1996.

NETO, G.V.; CUTAIT, R.; TERRA, V. Notas Explicativas. **Saúde e cidadania**. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html>. Acesso em 10 Out. 2013.

NUNES, E. Poder local, descentralização e democratização: um encontro difícil. **São Paulo perspect.**, n 10, v.3, jul.-set. 1996, p. 32-39.

OLIVAL, A. de A.; SPEXOTO, A. A.; RODRIGUES, J. A. Participação e cultura política: os conselhos municipais de desenvolvimento rural sustentável no território Portal da Amazônia. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 45, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032007000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2013.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 6, Dez. 2006 Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em 20 Ago. 2013.

PASTORE, E.; ROSA, L.D. Trabalho e gênero da área da saúde. In: GRISCI, C.L.I.; PICCININI, V.C. (Orgs.) **2º Seminário (Re) Pensando o trabalho no contexto produtivo atual: trabalhos apresentados; 13 e 14 ago 2007; Passo Fundo – RS: Universidade de Passo Fundo; 2007**. Disponível em: <<http://www.upf.br/semgiest/download/artigos/area2/18.pdf>>Acesso em 26 set. 2013.

PASTORINI, A. **O círculo “maldito” da pobreza no Brasil: a mistificação das “novas” políticas sociais**. Tese (doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

PESTANA, C.L.S. et al. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.485-499, 2007.

QUINTANILHA, B. C. **Participação rizomática**: um modo de participação social no Sistema Único de Saúde. 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

QUINTANILHA, B.C.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 46, Set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 out. 2013.

RAMOS, M.de F. et al. Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 3, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2013.

RAUTA MARTINS, L.; RAUTA RAMOS, M.H. Territórios em disputa: a instalação de grandes projetos e sua relação com a comunidade local. In: **XXI Encontro Nacional de Geografia Agrária**. Uberlândia/MG: 19 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.lagea.ig.ufu.br/xx1enga/anais_enga_2012/eixos/1089_1.pdf>. Acesso em 15 set. 2013.

ROCHA, M.I.B.(org). **Trabalho e gênero**: mudanças perspectivas e desafios. Campinas: Ed. 34, 2000.

ROCHA, R. A Gestão Descentralizada e Participativa das Políticas Públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**. v. 1 n. 11 São Luis/MA, 2009. Disponível em: <http://www.ppgcsoc.ufma.br/index.php?option=com_content&view=article&id=318&Itemid=114>

SALIBA, N.A et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Adm. Públ.** Rio de Janeiro v.43, n. 6, pag. 1369-1378, nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf> >. Acesso em 18 Set. 2013.

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

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. D. M.; LUCAS, S. D. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2013

SILVA, B.F.S.; BENITO, G.A.V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Out. 2013.

SILVA, L.A.S; CASOTTI, C.A. Desafios para o desenvolvimento de ações intersetoriais em municípios de pequeno porte. In: **Conferências Rede Unida, Congresso Internacional da Rede Unida, 10º**, 2012, Rio de Janeiro, *Anais*. Disponível em: <<http://conferencia2012.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru10/paper/view/318>> Acesso em 26 Dez. 2013.

SILVA, V.F. da. Descentralização ou desconcentração na Administração Pública? Um exame do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: **VI Congresso Latinoamericano de Ciencia Política da Asociación Latinoamericana de Ciencia Política**, 2012, Ecuador. Anais... Quito: ALACIP, FLACSO, 2012. Disponível em: <http://www.flacsoandes.org/web/imagesFTP/1355156881.FA_AGORA_2012_FIGU EIRA.pdf>. Acesso em 12 Jul 2013.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

SPEDEO, S.M; TANAKA, O.Y; PINTO, N.R.S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, São Paulo,; v. 25, n.8, 2009, p. 1781-1790.

TOBAR, F. **Descentralização e financiamento dos serviços de saúde no Brasil** (Dissertação). Mestrado em administração pública. Escola Brasileira de Administração Pública. Departamento de Ensino. Rio de Janeiro, 1995.

_____. O conceito de Descentralização: Usos e Abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 5, p 31-51, junho de 1991.

TOMAZELLI, R. **Em Anchieta, o desafio do crescimento Candidatos a prefeito, Renato Lorencini e Marquinhos Assad prometem uma agenda de desenvolvimento com sustentabilidade ambiental**. A gazeta, Vitória, 26 Jul 2012. Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2012/07/noticias/a_gazeta/politica/1324525-em-anchieta-o-desafio-do-crescimento.html>. Acesso em 30 Set. 2013

TONELLA, C. Conselhos municipais de políticas públicas na região de Maringá. In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. (Org.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004.

TROTTA, W. **A Crítica da Filosofia do Direito de Hegel como matéria prima da teoria política de Marx em 1843**. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Rio de Janeiro: UFRJ/ IFCS, 2004.

UGA, M. A. D., 1991. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. **Plan. Pol. Pública**, n. 5, 1991, p. 87-104.

VENÂNCIO, V.A.S. **A descentralização do Setor Saúde no Município de Campos dos Goytacazes na década de 90** [dissertação]. Ministério da Saúde. Fundação

Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde. Setembro de 2001. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-319451>>. Acesso em 20 Set. 2013.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**. Porto Alegre, ano 11, n. 21, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/10.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

VIANNA, S. M; PIOLA, S. F. Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde - SUS. **Plan. Pol. Pública**, n. 5, 1991, p. 143-160.

WENDHAUSEN, A. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde** (tese de doutorado). Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A- Questionário aplicado aos conselheiros eleitos

1. **Qual seu sexo?**
M () F ()
2. **Qual sua raça / cor?**
(A) Branca
(B) Parda
(C) Negra
(D) Indígena
(E) Outra. Qual? _____
3. **Qual é a sua idade?**
(A) Menos de 20 anos
(B) Entre 20 e 39 anos
(C) Entre 40 e 49 anos
(D) Entre 50 e 64 anos
(E) 65 anos ou mais
4. **Qual seu estado civil?**
(A) Solteiro
(B) Casado
(C) Divorciado
(D) Viúvo
(E) Relacionamento estável
5. **Qual seu nível de escolaridade?**
(A) Ensino Fundamental incompleto
(B) Ensino Fundamental completo
(C) Ensino Médio incompleto
(D) Ensino Médio completo
(E) Ensino Médio e Técnico
(F) Ensino Superior incompleto
(G) Ensino Superior Completo
(H) Especialização
(I) Não estudei

Caso tenha curso superior ou técnico, qual sua formação?

Resposta: _____

6. **Você trabalha ou já trabalhou?**
(A) Sim
(B) Não
7. **Em que setor o senhor (a) trabalha? (Marque apenas uma resposta)**
(A) Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca.
(B) Na indústria.
(C) Na construção civil.
(D) No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços.
(E) Como funcionário(a) do governo federal, estadual ou municipal.
(F) Como profissional liberal, professora ou técnica de nível superior.
(G) Trabalho fora de casa em atividades informais (pintor, electricista, encanador, feirante, ambulante, guardador/a de carros, catador/a de lixo).
(H) Trabalho em minha casa informalmente (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria etc.).
(I) Faço trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheiro/a, mordomo/governanta, jardineiro, babá, lavadeira, faxineiro/a, acompanhante de idosos/as etc.).
(J) No lar (sem remuneração).
(K) Sou aposentado / pensionista .
(L) Outro. Em que? _____
(M) Não trabalho.
8. **Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a sua renda familiar mensal? (Marque apenas uma resposta)**
(A) Nenhuma renda.
(B) Até 1 salário mínimo (até R\$ 678,00).
(C) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,01 até R\$ 2.034,00).
(D) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.034,01 até R\$ 4.068,00).
(E) De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.068,01 até R\$ 6.102,00).
(F) De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.102,01 até R\$ 8.136,00).
(G) De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 8.136,01 até R\$ 10.170,00).
(H) Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 10.170,01)
9. **Em que bairro/comunidade o senhor (a) reside?**
Resposta: _____
10. **Em que Conselho Local de Saúde o senhor (a) foi eleito como conselheiro?**
Resposta: _____
11. **Por quanto tempo o senhor (a) participou deste conselho de saúde?**
() Menos de 6 meses
() De 6 meses a 1 ano
() Mais de 1 ano
() Por 2 anos
12. **O senhor (a) já participou ou foi representante de outros conselhos, associações ou grupos deste tipo?**
() Sim. Quais? _____
() Não
13. **No período em que foi conselheiro, o senhor (a) exercia alguma liderança comunitária?**
() Sim
() Não
14. **O senhor (a) representa alguma instituição, grupo ou movimento social neste conselho?**
() Sim. Qual? _____
() Não
15. **O senhor (a) é filiado a algum partido político?**
() Não
() Sim. Qual? _____
16. **A partir da sua inserção no Conselho Local de Saúde, o senhor (a) já tinha ou desenvolveu algum interesse em ocupar um cargo político?**
() Sim
() Não

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista com conselheiros de saúde

1. Como os Conselhos Locais de Anchieta foram criados?
2. Como foi o processo de implantação destes Conselhos Locais de Saúde?
3. O conselho de saúde no qual você se inseriu foi atuante aqui na localidade? Por quê?
4. Como os Conselhos Locais de Saúde influenciaram a política de saúde municipal?
5. O senhor (a) acha que a rotina dos serviços de saúde (unidades de saúde, pronto atendimentos, etc...) foram mudadas ou alteradas a partir de alguma reivindicação/proposta dos conselhos locais de saúde? Dê alguns exemplos.
6. Por que o senhor (a) acha que alguns conselhos locais de saúde funcionaram e outros não?
7. Como o senhor (a) acredita que o conselho deveria ter funcionado?

APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e esclarecido

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof.(a) Dra. Francis Sodré e que será realizada pelo mestrando Edgar Andrade Lisboa, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo/ UFES.

Nosso objetivo é analisar as repercussões dos Conselhos Locais de Saúde no cotidiano dos serviços de saúde do município de Anchieta/ES. Para isso, o sujeito da pesquisa será submetido a uma entrevista com roteiro semi-estruturado, que, para sua garantia, será gravada e transcrita, a fim de que possamos registrar de forma segura e com confiabilidade, as falas proferidas.

O entrevistado não terá nenhum risco em participar da entrevista, considerando que sua identidade será preservada. Em contrapartida, os benefícios serão de auxiliar e contribuir com o avanço da pesquisa científica em nosso país e com o fortalecimento da participação social no Sistema Único de Saúde.

Esclarecemos ainda que o período de realização da pesquisa será de um ano, com término previsto para dezembro de 2013. Neste período o participante poderá solicitar, a qualquer momento, esclarecimentos e desligamento da pesquisa. Informamos também que todo o custo com a pesquisa será de responsabilidade do pesquisador e do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES).

Assim, garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado.

Agradecemos à colaboração.

Eu _____

RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas, referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta, bem como do meu possível desligamento, a qualquer momento, caso não queira mais participar da pesquisa.

Assinatura do voluntário


Assinatura do Pesquisador
Edgar Andrade Lisboa
(edgarsax_17@yahoo.com.br ou (27) 99816-4088)

Vitória-ES, ____/____/_____.

ATENÇÃO! Em caso dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Marechal Campos, 1468 - Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES - Tel: 3335 7211 - email: cep@ccs.ufes.br

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP com a aprovação da pesquisa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Conselhos Locais de Saúde: repercussões no cotidiano dos serviços de saúde de Anchieta-ES		
Pesquisador: EDGAR ANDRADE LISBOA		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 13620513.4.0000.5060		
Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 260.257		
Data da Relatoria: 24/04/2013		
Apresentação do Projeto:		
<ul style="list-style-type: none"> - Trata-se de pesquisa qualitativa; - A pesquisa será dividida em duas etapas: investigações históricas relacionadas à criação e implantação dos Conselhos Locais no município de Anchieta, por meio de entrevistas com informantes-chaves e análises documentais de atas de reuniões e outros documentos; - Para as entrevistas será utilizado um roteiro semi-estruturado; - Para análise dos dados será utilizada "Análise de Conteúdo de Bardin". 		
Objetivo da Pesquisa:		
Investigar as repercussões dos Conselhos Locais de Saúde implantados em 2010 em Anchieta no cotidiano dos serviços de saúde.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Riscos: esta pesquisa, por garantir sigilo quanto a identificação do participante, não apresenta nenhum risco a este.		
Benefícios: espera-se que este estudo contribua para a participação social no SUS em Anchieta, fortalecendo a proposta dos Conselhos Locais de saúde e propondo outras formas de participação da população na gestão do SUS.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:		
A pesquisa está bem delimitada e não apresenta conflitos éticos.		
Endereço: Av. Marechal Deodoro, 1468		CEP: 25.040-091
Bairro: EN		
UF: ES	Município: VITÓRIA	
Telefone: (27) 3336-7211		E-mail: cep@ufes.br fofma@com.cep@ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As informações solicitadas foram acrescentadas ao TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 30 de Abril de 2013



Assinador por:
DANIELLE CABRINI MATTOS
(Coordenador)