



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Minardi Mitre Cotta, Rosângela; Cardoso Martins, Poliana; Siqueira Batista, Rodrigo;
Castro Franceschini, Sylvia do Carmo; Priore, Silvia E.; Faria Mendes, Fabio
O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos
Conselhos de Saúde

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 1121-
1137

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838234019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde

I ¹ Rosângela Minardi Mitre Cotta, ² Poliana Cardoso Martins, ³ Rodrigo Siqueira Batista, ⁴ Sylvia do Carmo Castro Franceschini, ⁵ Silvia E. Priore, ⁶ Fabio Faria Mendes I

Resumo: O presente estudo se propõe a analisar a experiência do controle social, via Conselho de Saúde - CS, em um município de pequeno porte, utilizando o referencial teórico da pesquisa qualitativa. Diante da realidade vivenciada, observamos que a possibilidade de uma gestão participativa no SUS não se consolidou como uma prática efetiva. O que se verificou foi um grande desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, gerando assim uma forte influência dos gestores locais na dinâmica e no funcionamento do CS, principalmente na determinação de seus membros, impedindo, dessa forma, que esse seja um espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política do conselho.

► **Palavras-chave:** conselhos de saúde; cidadania; democracia; participação social.

¹ Professora Associada da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Coordenadora do Programa de Inovação em Docência Universitária (PRODUS), e do Laboratório de Estudos em Planejamento e Gestão em Saúde, da UFV. Endereço eletrônico: rmmitre@ufv.br

² Professora Assistente do Instituto Multidisciplinar de Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Endereço eletrônico: policmartins@yahoo.com.br

³ Professor Adjunto da UFV. Endereço eletrônico: rsbatista@ufv.br

⁴ Professora Associada da UFV. Endereço eletrônico: sylvia@ufv.br

⁵ Professora Associada da UFV. Endereço eletrônico: sepriore@ufv.br

⁶ Professor Adjunto da UFV. Endereço eletrônico: ffmendes@ufv.br

Recebido em: 06/05/2010
Aprovado em: 06/07/2011

Introdução

O presente estudo¹ se propõe a analisar a experiência do controle social em saúde, via Conselho Municipal de Saúde (CMS), num município de pequeno porte, avaliando a dinâmica de construção do processo de controle social e o funcionamento do CMS, partindo da compreensão de que o controle social se coloca como uma condição e um instrumento indispensável para a construção do direito à saúde em uma sociedade democrática, sendo os conselhos de saúde uma inovação política, institucional e cultural para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No campo da saúde, o controle social deve ser concebido como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços. Essa noção deve indicar uma nova mobilidade de relacionamento entre a sociedade e o Estado, onde o controle social é ao mesmo tempo resultado do processo de democratização do país e um pressuposto essencial para a consolidação desse ideal democrata (GERSCHMAN, 2004).

No contexto sociopolítico brasileiro, a partir da instituição do SUS, a saúde passa a emergir como uma questão de cidadania, e a participação política na gestão do sistema se torna uma condição *sine qua non* para o seu exercício. Diante dessa realidade, os conselhos de saúde se tornam um importante elemento para a participação da sociedade na tomada de decisão, e também um mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS.

Diante do aparato legal do SUS, a lei 8.142/90 confere aos conselhos a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atuando na cogestão do sistema, nas três esferas de poder (BRASIL, 1990).

Apesar dos esforços para a consolidação dessa visão moderna de participação social, nota-se que o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais. O que se tem na realidade é um processo de construção lenta da cidadania como um valor coletivo, observando na prática uma versão híbrida e frágil dos direitos civis, marcada pela instabilidade política, social e econômica, vivenciada nos últimos anos, não contribuindo, assim, para o efetivo amadurecimento

da cidadania plena no Brasil. Destacamos, ainda, que esses direitos foram instituídos no país, em contextos autoritários, de baixa percepção política, marcados por desigualdades entre as classes populares e os demais setores da sociedade (MARTINS et al., 2008).

A literatura sobre controle social em saúde no Brasil tem demonstrado diversos entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos conselhos de saúde, indicando que o funcionamento dos conselhos não é semelhante em todo o país (COTTA et al., 1998; LABRA, 2002; CORREIA, 2005; GUIZARDI et al., 2005; VAN STRALEN et al., 2006; BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008).

Diante dessa realidade se fazem necessários estudos que visem avaliar a dinâmica de funcionamento dos CMS na elaboração de políticas públicas e no controle das ações exercidas, vislumbrando a possibilidade de identificar os problemas existentes no âmbito interno e externo ao conselho, de modo a propor intervenções que possam contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população, visando, assim, ao fortalecimento do sistema sanitário local.

Sujeitos e métodos

O presente estudo foi realizado no período de abril a setembro de 2006, com os membros do CMS de Teixeira, município de pequeno porte de Minas Gerais (11.149 habitantes) (IBGE, 2002).

Para a coleta e análise dos dados, utilizamos essencialmente como método de investigação a pesquisa qualitativa em saúde (MINAYO, 2005), sendo a estratégia utilizada a entrevista semiestruturada com os membros do CMS. Diante dessas informações, destacamos as representações sociais sobre o processo de controle social no município. Foram avaliados também os conteúdos das atas das reuniões. Entretanto, destaca-se que só se teve acesso às atas da gestão atual do conselho.

Para organização e análise dos dados, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977), na qual todos os dados foram segmentados manualmente, separados por núcleos de sentido definidos a partir dos pressupostos teóricos e de temas que emergiram durante o processo de coleta de dados. Após essa etapa, direcionamos a organização dos dados para uma abordagem social qualitativa e quantitativa, possibilitando medir os processos e, ao mesmo tempo, compreender e interpretar como os atores se entrelaçam em seu contexto social. Essa estratégia metodológica é conhecida como Triangulação de Métodos (MINAYO, 2005).

Na construção metodológica, preocupamo-nos também com as questões éticas. Houve a divulgação prévia dos objetivos da pesquisa, e ela se tornou pauta de uma das reuniões do CMS que ocorreu no mês de janeiro de 2006. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre esclarecido antes do início das entrevistas. O projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - UFV.

O cenário e os atores estudados

O atual CMS tomou posse em março de 2005 e é composto por 38 membros, sendo 21 titulares e 17 suplentes. Dentre os membros, 52,6% eram mulheres e 47,4% homens. Foram entrevistados ao todo 32 conselheiros (84,1%), mas todos os membros foram procurados para participar do estudo. Entretanto, 2 (5,3%) não foram encontrados em suas residências, nem no seu local de trabalho, após 3 visitas. Já 4 dos membros (10,6%) se recusaram a participar, justificando que nunca participaram das reuniões do CMS e, diante de tal realidade, não se sentiam à vontade para participar.

Dentre os entrevistados, a distribuição por sexo foi semelhante, sendo, 56,2% mulheres e 44,8% homens. A mediana de idade encontrada foi de 39,5 anos (mínimo de 24 e máximo de 74 anos). Em relação à escolaridade, 21,8% dos entrevistados tinham mais de 11 anos de estudo, 68,7%, entre 8-11 anos de estudo, e 9,4%, menos de 4 anos de estudo. Um fato importante a ser salientado é que grande parte dos conselheiros (84,4%) eram funcionários da própria prefeitura.

Além do vínculo empregatício existente entre conselheiros e a prefeitura, identificamos também um grande envolvimento político-partidário dos conselheiros: 75% relataram participar de campanhas políticas ou serem filiados a partidos políticos. Dentre estes, 37,5% já foram candidatos ou vereadores no município.

Nesse sentido, os conselheiros, de forma geral, são um grupo diferenciado da maioria dos usuários do SUS no município, uma vez que apresentam melhor formação escolar e estão ligados diretamente à prefeitura, tanto administrativamente quando politicamente, podendo representar uma tendência à reprodução do jogo político local no CMS.

O texto desconhecido: a principal causa da prática encenada

Para melhor compreensão da realidade vivenciada, retomamos o conceito definido por lei para os conselhos de saúde: estes são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos do SUS, que têm entre suas atribuições a atuação direta na formulação e proposição de estratégias, bem como o controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. No processo de criação e reformulação dos conselhos, o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deve garantir a paridade de representação do segmento dos usuários em relação aos demais segmentos, destacando que todos os representantes no conselho devem ser indicados por seus pares de acordo com sua organização ou fóruns realizados de forma independente (BRASIL, 1990, 2003).

Tendo clara essa concepção, iniciamos o processo de conhecimento sobre o universo da participação social, a partir da análise das atas das reuniões do CMS. Buscamos compreender como foi realizado o processo de estruturação da gestão atual, analisando a ata da primeira reunião, que ocorreu em fevereiro de 2005. A realidade retratada mostra grande desconhecimento dos membros sobre a função e sobre como deve ser realizada a determinação dos demais membros para comporem o conselho.

Segundo informações da análise documental da ata da reunião inicial dessa gestão do CMS, um assessor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) afirma que

É o CMS que faz o acompanhamento da saúde no município, dando sugestões [...] a secretária faz os projetos e o conselho decide apoiando ou não, para que os recursos possam ser liberados [...] a formação do conselho é indicada pelo prefeito e pelo secretário.

Assim, diante dessa fala, podemos inferir que o CMS é visto apenas como um instrumento de repasse de informações sobre a situação de saúde no município; como uma exigência legal para a homologação das decisões pré-definidas pela SMS; e como um lugar onde estarão presentes aquelas pessoas que são tidas como aliados políticos ou pessoas de confiança dos gestores locais.

Essa explanação inicial sobre qual seria a função do conselho no município, apesar de inadequada, se torna o pilar sob o qual é estruturada a gestão atual, refletindo diretamente na atuação dos conselheiros e dificultando a transformação desse espaço institucional num instrumento para a garantia da concretização do princípio constitucional da participação social no SUS. Nessa mesma reunião, o

Secretário de Saúde se coloca como presidente e os demais membros que estavam presentes na reunião, todos funcionários da prefeitura municipal, se tornam integrantes da secretaria executiva, formando, assim, a coordenação geral do CMS. Vale ressaltar que essa situação também fere as diretrizes legais para a constituição dos conselhos, uma vez que a definição dessa coordenação geral deve respeitar a paridade preconizada e deve ser eleita em plenária (BRASIL, 2003). Por fim, a análise dessa mesma ata informa sobre o agendamento de uma segunda reunião que ocorre em março de 2005, na qual o prefeito nomeia os demais membros que passam a compor o conselho.

Toda a realidade apresentada até o momento está em discordância com o que é preconizado pela legislação. A seguir, discorreremos de forma mais detalhada sobre os dados obtidos, buscando demonstrar em profundidade a realidade dinâmica e complexa da participação social via CMS no município em estudo.

A realidade vivida: a lacuna existente entre o espírito e a letra da lei

A legislação determina a paridade da representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados no conselho. As vagas devem ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços, destacando que todos os membros do conselho devem ser indicados por seus pares (BRASIL, 2003).

No município estudado, segundo as informações da ata de nomeação dos membros, observamos uma dissonância em relação à exigência legal, uma vez que 37,5% (n=12) são representantes da população, 9,4% (n=3), dos trabalhadores e 53,1%, (n=17) do governo, sendo que, entre estes, 11,8% são da câmara dos vereadores (2 vereadores municipais). Esse fato também está em desacordo com o que define a legislação, dado que representantes dos poderes legislativo e judiciário não devem compor os conselhos de saúde, que se situa no âmbito do poder executivo, em face da independência que deve existir entre os poderes (BRASIL, 2003).

O desconhecimento dos gestores locais sobre o processo de determinação dos membros que devem compor o CMS acaba por refletir na identificação dos conselheiros entrevistados sobre qual segmento da sociedade representavam. Observamos que 40,6% (n= 13) não sabiam informar qual categoria

representavam, 31,3% (n=10) relataram ser apenas suplentes ou titulares, e apenas 28,1% (n= 9) sabiam relatar corretamente qual categoria representavam, sendo que, entre estes últimos, todos eram representantes do governo.

Além da inadequação na forma de definição dos membros que compõem o conselho, interferindo diretamente na autonomia participativa destes, outro fato que compromete a atuação do CMS é a ausência de uma agenda pré-definida sobre a data de realização das reuniões. A legislação recomenda que o plenário do conselho se reúna, no mínimo a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, sendo essencial que sejam encaminhados com antecedência aos conselheiros a pauta e material de apoio para as reuniões (BRASIL, 2003).

Vale mencionar que, na proposta inicial de estudo, estava prevista a utilização da técnica de observação participante das reuniões. Entretanto, não foi possível sua realização, pois durante os seis meses de coleta de dados não ocorreu nenhuma reunião. Segundo as informações do caderno de atas, durante todo o período de formação dessa gestão (19 meses) ocorreram apenas 7 reuniões.

É importante destacar que esse contexto de desconhecimento sobre os princípios e diretrizes que regem a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos, pode ser interpretado como fator pré-determinante para a realidade inadequada do exercício do controle social em saúde, encontrada no município estudado.

Com algumas exceções, a maioria dos entrevistados apresentou dificuldade para formular um conceito sobre o significado do CMS. Muitos o definiram de forma semelhante ao que havia sido repassado na primeira reunião, na qual o conselho é visto como um local que possibilita aos membros discutirem sobre a situação de saúde do município (43,8%, n=14); um local de repasse, pela SMS, de informações sobre a situação de saúde do município (15,5%, n=5); um espaço de fiscalização e apoio das ações tomadas pela SMS (6,3%, n= 2). Destacamos ainda que 9,5% (n= 3) relataram que o CMS era um grupo formado para dar assistência social aos moradores do município; 6,3% (n=2) não sabiam definir o que era; e 3,1% (n=1) confundiram CMS com o consórcio intermunicipal de saúde da região. A seguir, apresentamos algumas falas que retratam a situação descrita:

O conselho é um grupo de pessoas que se reúnem para discutir o que está acontecendo na saúde e trabalha para ajudar a prefeitura a resolver os problemas (11)

Conselho é o local para ter conhecimento do que se passa na saúde, fico sabendo de coisas lá e proponho projetos na câmara (Câmara dos Vereadores) (28)

De toda forma, uma parte foi capaz de fundamentar um significado do CMS de forma mais completa: 15,5% (n=5) disseram que o conselho era um espaço que deveria possibilitar à todos os membros compreender a realidade do município; formular e propor estratégias de intervenção e controlar a execução das políticas de saúde locais, sendo que todos esses também destacaram que a realidade vivida no município ainda estava longe da ideal, como no depoimento a seguir:

Teoricamente, seria um espaço democrático para o exercício do controle social, onde o cidadão se torna responsável pela construção de sua realidade. Mas o que vivemos na realidade é um local aonde as pessoas vão para aprovar o que a secretaria pede. Muitos não se expressam, não contradizem, se omitem, não sei se por medo ou por desconhecimento. O conselho é formado por um grupo de amigos. Tem horas que eu acho que alguns vão às reuniões só por causa do lanche que é servido (25)

Quando questionados sobre como avaliam sua participação no CMS, 43,8% (n=14) disseram que apenas foram nomeados para participarem do conselho, mas não frequentam as reuniões, sendo que muitos destes relataram não saber o real motivo de seus nomes terem sido indicados; 40,7% (n= 13) relataram que participam ativamente das reuniões. Entretanto, muitos acreditam que seu papel e sua atuação servem para legitimar as decisões tomadas *a priori* pela SMS. Essa situação pode ser interpretada como um reflexo do processo de formação do conselho, marcado pelo desconhecimento sobre suas atribuições, como pode ser observado nas falas que se seguem:

Eu sempre falo, mas só tenho a elogiar, tudo que eles falam está certo (17).

As reuniões são mais informativas, ficamos por dentro de tudo que esta acontecendo na saúde [...] acredito que participo ativamente sim, fazemos de tudo para o bem do povo... (6)

Já 15,5% (n= 5) dos entrevistados informaram que pouco participam e se envolvem com o CMS, relatando que sentem como se ocupassem apenas um lugar, atuando como figurantes do processo de construção e avaliação das políticas locais. Destes, alguns acreditam que suas colocações parecem não ser pertinentes e respeitadas pelos demais membros, avaliando o conselho como um espaço burocratizado, onde apenas se referendam as decisões tomadas pelos gestores locais. Relatam, ainda, que não se posicionam porque têm medo de se prejudicarem posteriormente. A fala descrita a seguir pode sintetizar esses pensamentos:

Tenho vontade de me envolver mais com os problemas, mas não consigo mudar nada lá, tenho a impressão que ocupo um lugar, tipo como uma carta branca em brincadeira de criança... não só eu como outras pessoas também, o que falamos não importa...

apenas repassam o que já foi definido por eles e pronto, temos que aceitar... realmente eu acho que esse negócio de conselho de saúde como deve ser na lei, não vale em município pequeno, você tem que entender minha situação, se falar eu perco meu emprego, então é melhor ficar calada (27)

Apesar da baixa capacidade de influência dos conselheiros nas decisões do CMS, identificadas mediante os relatos descritos anteriormente, perguntamos aos entrevistados se acreditavam na existência concreta da participação popular no CMS. 59,4% (n=19) destes relataram que isso não ocorria no município, e as justificativas para tal resposta foram: o desinteresse e a desinformação da população (10,5%, n=3) e a inexistência da possibilidade do exercício da participação popular no conselho local (89,5%, n=17). Essa percepção pode ser ilustrada através das seguintes citações:

Não existe representação dos usuários, falar que existe é uma mentira, eles não querem que isso aconteça... o conselho é todo formado por amigos. (25).

Não deixam isso acontecer por questões políticas, querem mostrar o que eles fizeram, não dão espaço ao povo, muito menos se for de oposição (16)

Assim, verificamos que, na visão de alguns conselheiros, o Executivo resiste em compartilhar o poder com os demais segmentos da sociedade, tutelando, dessa forma, quais são os membros da sociedade que farão parte do conselho. Com isso, ocorre uma verdadeira despolitização dos âmbitos do exercício da cidadania participativa nas instâncias efetivas de participação popular e na formulação de políticas essencialmente sociais, como o caso das políticas de saúde.

É possível mudar essa realidade? A visão dos conselheiros sobre as possibilidades de mudança

Por fim, perguntamos aos entrevistados qual seria a melhor estratégia para o fortalecimento do controle social no município. Observamos que 59,4% (n=19) destes relataram que divulgar as atividades do CMS e convidar a população para participar delas deveria ser a principal estratégia adotada. Vale destacar que 12,5% (n=4) acreditavam que o Programa de Saúde da Família (PSF) poderia ser um grande instrumento para o fortalecimento do controle social, auxiliando na transformação da sociedade. Essa situação pode ser ilustrada segundo o relato deste entrevistado:

Nossa... sei que tudo poderia ser diferente, já está mudando muita coisa com a ampliação do PSF aqui... Numa reunião, o pessoal do PSF mostrou um trabalho que eles

buscaram, junto com a população, encontrar não só os problemas, mas também as soluções... eles podiam ter dado continuidade ao trabalho (17)

Outra estratégia ressaltada por 9,4% (n=3) dos entrevistados seria a adoção de práticas que visem conscientizar a população de seus direitos e deveres como cidadãos:

Precisamos mostrar quais são os deveres e direitos da população... muitos têm medo de falar o que pensam, pois não sabem que podem e devem falar, e se falassem poderiam ajudar muito a nossa cidade a melhorar... isso sim que é ser cidadão (29).

Considerações e debates finais sobre a realidade retratada no estudo

Os resultados do estudo demonstram que, no município estudado, a possibilidade de uma gestão participativa no SUS não se consolidou como uma prática efetiva. O que se verificou, na verdade, foi um grande desconhecimento das diretrizes que regem a criação e o funcionamento dos conselhos, levando a uma forte influência dos gestores locais na dinâmica de funcionamento do CMS. Esses fatores, de forma geral, podem ser identificados como causa e consequência da inviabilidade do conselho enquanto espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política deste, e principalmente da possibilidade de interferir, discutir e deliberar sobre as questões de saúde do município.

Apesar dos conselhos serem identificados, legalmente, como um instrumento privilegiado para se fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público, diversos estudos sobre conselhos de saúde no Brasil têm demonstrado que, em consonância com a realidade estudada, em muitos municípios, as diretrizes essenciais para a garantia da atuação destes como um espaço para o exercício concreto do controle social em saúde não são respeitadas.

A literatura sobre o tema identifica que um dos problemas mais frequentes e difíceis de serem solucionados são as questões relativas à composição, à representação e à representatividade dos conselheiros. Em diversos municípios nota-se que, além do não cumprimento do princípio da paridade, os critérios de escolha dos representantes são muitas vezes obscuros e influenciados fortemente por ingerências políticas, principalmente na determinação daqueles que representam os interesses dos usuários, que acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos

comuns (LABRA, 2002, 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GERSCHMAN, 2004; GUIZARDI et al., 2005).

No caso do município estudado, além do princípio da paridade não ser respeitado, não observamos de fato a existência, no conselho, de membros que realmente sejam representantes do interesse da população usuária do sistema sanitário, uma vez que todos os conselheiros entrevistados foram indicados pelo gestor local e, além disso, muitos apresentavam com ele algum tipo de ligação política ou empregatícia.

Essa grande influência das forças políticas locais pode ser identificada como um fator de impedimento do processo de modernização da sociedade e de superação das formas mais arcaicas de poder. O que se observa no município estudado também ocorre em vários locais do Brasil, nos quais temos uma convivência pacífica entre as forças patrimoniais, clientelistas (herdadas do colonialismo) e burocráticas, que, já cristalizadas na sociedade, geram uma grande resistência às possibilidades de superação e de mudança da realidade política, impedindo dessa forma, a instalação de novos modelos e estruturas que visem ao fortalecimento da sociedade civil e à construção de uma realidade democrática (COTTA et al., 1998; NUNES, 2003). Segundo Fleury (2006), o pouco comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia, e o desencanto da população com a possibilidade concreta de efetivação democrática podem acarretar numa situação de preservação e continuísmo desse tipo de regime autoritário.

Assim, em vez de superar essas forças arcaicas de interesses políticos, o que temos é a criação de um aparato político administrativo paralelo, que funciona de maneira incompleta e restrita (KRUGER, 2000). Como identificado, o CMS estudado não exerce a função preconizada pela legislação, podendo ser visto apenas como uma exigência legal para referendar as decisões pré-definidas por poucos atores detentores do poder político local. Essa ausência de pluralidade na tomada de decisão transforma o conselho num espaço vazio do seu sentido existencial, que seria a acomodação das diferenças num espaço em que as decisões são tomadas mediadas pelo princípio da igualdade e possibilitadas pelo processo de diálogo.

Um fato preocupante é que, além da falta de pluralidade entre os membros, observa-se que muitos atores entrevistados não tinham consciência da necessidade e da importância de sua atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde locais. Entende-se que o exercício das funções

do conselho de saúde demanda dos cidadãos uma crescente capacidade de atuar politicamente, promovendo negociações e acordos, resolvendo conflitos, fiscalizando e estabelecendo prioridades no campo da saúde. Assim, o desconhecimento e a falta de envolvimento dos conselheiros no processo de gestão em saúde permitem aos detentores do poder político local exercer um maior controle sobre o funcionamento do conselho como um todo. (COTTA et al., 1998; KRUGER, 2000).

Nesse sentido, os resultados do presente estudo vão ao encontro da afirmação de Carvalho (1995), que afirma que os conselhos de saúde não precisam de mais normas, poder legal, ou institucionalidade, mas sim de mais política, vocalização e visibilidade. Para tal, é necessário que existam cidadãos realmente cientes de seus direitos e deveres no processo de construção do SUS, isso é, com consciência crítica para ocuparem um papel que lhes é dado por direito. É também necessária a existência de um Estado aberto para experimentar e validar a eficiência desse processo democrático de cogestão do sistema sanitário.

A construção da cidadania implica a criação de normas, consensos e valores compartilhados tanto pelas elites políticas quanto pelos demais membros da sociedade (FLEURY, 2006). Além desses fatores, para a existência da verdadeira participação popular, se faz necessária a presença ativa e curiosa de sujeitos na construção, admiração e readmiração do mundo, isso é, de um mundo que não seja estranho a eles. Dessa forma, teremos homens verdadeiramente responsáveis pelo próprio destino e capazes de problematizar o mundo em que vivem (FREIRE, 2005).

Entretanto, refletindo sobre a realidade brasileira, não se pode esquecer da exclusão e marginalização de um substantivo contingente da população, sobretudo em relação ao mercado, aos bens públicos e aos recursos coletivos de poder. Observa-se que, apesar do avanço legal para a fundamentação dos direitos sociais no Brasil, ainda temos sua negação para a maioria da população, que vive numa situação matizada pela doação de cidadania pelo Estado, de forma que este estipula o que melhor lhe convém. De acordo com Marilena Chauí (1986), a cidadania no Brasil tem sido historicamente uma concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais, podendo ser-lhes retirada quando os dominantes assim o decidirem. Na realidade estudada, observa-se que o desconhecimento do governo local sobre os princípios da participação popular em saúde acabou por impedir o compartilhamento do poder decisório no espaço

do conselho de saúde com os demais membros da sociedade, não reconhecendo, assim, a legitimidade dessa instituição.

Outro aspecto importante de ser salientado é a necessidade da transformação da população, sendo imprescindíveis a criação e a cristalização de uma identidade entre os cidadãos, para que estes se reconheçam como pertencentes à sociedade, passando a se preocupar mais com as questões públicas e não apenas com questões individuais (CORTINA, 1999), de modo que se identifiquem como cidadãos e se sintam motivados a trabalhar em prol da melhoria das condições de vida de toda a população (FREIRE, 2005).

A possibilidade de empoderamento/libertação da população permite uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, redimensionando a questão da participação, que passa a ser entendida como pré-requisito institucional e político para a definição da saúde que queremos, e não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas.

Por fim, vale ressaltar que os limites para o processo de participação não se dão apenas por falta de infraestrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, assim como a falta de vontade política para que a cidadania de fato seja exercida. Vale também ressaltar que, para a mudança dessa realidade, é essencial a acumulação de experiências bem sucedidas de união e cooperação entre os cidadãos e o Estado, que reforcem condutas de confiança recíproca, visando à construção de um bem verdadeiramente comum.

O desenvolvimento de práticas democráticas efetivas na sociedade é de extrema importância para o fortalecimento do controle social, uma vez que a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, tampouco uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento, mas, na verdade, se trata de uma mentalidade e um comportamento a serem construídos pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão. A participação é uma vivência coletiva, e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal e só se aprende a participar participando (BORDENAVE, 1983). Ou seja, o aprender da democracia se dá diante de sua própria existência (FREIRE, 2005).

Diante da realidade vivenciada no presente estudo, no qual vemos a ausência da pluralidade de interesses, gerada pelo desconhecimento, desinteresse e ingerências dos gestores locais sobre formação e atividades desempenhadas no

CMS, é lícito questionar sobre a verdadeira atuação deste enquanto espaço público democrático. A prática vivida nos questiona sobre o tipo de participação que se dá no CMS estudado. Será que esta ocorre apenas para suprir uma exigência legal e não para garantir o direito de inclusão do cidadão no processo decisório em saúde? Ou será que o desconhecimento, por parte de todos os atores sociais envolvidos nesse contexto, sobre o processo de participação social em saúde foi o responsável por essa realidade?

Uma das possibilidades para a mudança dessa realidade seria a realização de capacitações e edificação permanente dos conselheiros, sendo a educação, nesse contexto, compreendida como uma prática para o empoderamento e a libertação destes, tendo claro que este é um processo contínuo e participativo. Essa ação vislumbraria - além do repasse de informações essenciais sobre as leis que regem o SUS e os conteúdos que os conselheiros precisam dominar para o exercício pleno de suas atribuições - a consolidação e a compreensão de que a participação popular é um processo que se constrói diante da magnitude de criação de uma nova cultura política democrática, em oposição à cultura de exclusão criada historicamente pelas elites dominantes em todo o país. Leva-se, assim, o homem a uma nova postura diante de seus problemas, de seu tempo e seu espaço, sendo ele, enfim, convidado a debater e analisar seus problemas, tornando-se protagonista da construção de sua história (FREIRE, 2005). Destaca-se, entretanto que é primordial promover essa mudança de atitude não apenas nos membros do conselho, mas nos usuários, gestores e profissionais de saúde. Em suma, é necessária a existência de estratégias que visem ao empoderamento e à libertação de todos os atores sociais interligados no processo de construção e consolidação do SUS.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. 233p.
- BISPO JUNIOR, J.P.; SAMPAIO, J.J.C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.23, n.6, p. 403-409, 2008.
- BORDENAVE, J.E.D. O Que é participação? São Paulo: Brasiliense; 1983. 87p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, 2003; 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

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

CARVALHO, A.I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase; 1995.136p.

CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1986. 184p.

CORREIA, M.V.C. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 278p.

CORTINA, A. *Ciudadanos del mundo: hacia una teoria de la ciudadanía*. Madrid: Alianza Editorial; 1999. 264p.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; MUNIZ, J.N. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: UFV/CEBES, 1998.148p.

FLEURY, S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 507p.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 28 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005. 152p.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública*, v.20, n. 6, p. 1670-81,2004.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO R., MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. 304p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico de 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KRUGER, T.R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas-IPEA*, v.22, p.119-44, 2000.

LABRA, M.E. Capital social y consejos de salud en Brasil. Um circulo virtuoso? *Cad Saúde Pública*, v.18, p. 47-55, 2002.

LABRA, M.E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T.; GRESCHMAN, S.; ELDER, F.C.(Orgs.). *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.353-84, 2005.

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

MINAYO M.C.S. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

NUNES, E. *A Gramática da Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

VAN STRALEN, C.J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Rev C S Col*, v. 11, n. 3, p. 621-32, 2006.

WENDHAUSEN, A.L.P.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1621-28, 2002.

Nota

¹ Este estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada *Controle Social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e do empoderamento da população no município de Teixeira, MG*, defendida em julho de 2007, na Universidade Federal de Viçosa e foi financiado pela FAPEMIG EDT - Processo nº. 075/05 – 2005

Abstract

Social Control on the scene: reflecting on people's participation in the context of Health Councils

This study aims to examine the experience of social control by the Health Council (HC) in a small city, through the theoretical framework of qualitative research. The research showed that the possibility of a participative management in the SUS is not consolidated as an effective exercise. We observed widespread ignorance about the legal and ideological foundations of social participation in health, which results in a strong influence of local managers on the dynamics and functioning of the HC, mainly in the determination of its members, thus preventing it from being a practical space for users to take ownership of the institutional form and the council's policy.

► **Key words:** health council; citizenship; democracy; social participation.