UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

O CONTROLE SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA RIDE-DF – ACERTOS E DESCAMINHOS NA VISÃO DOS USUÁRIOS

SERGIO RICARDO SCHIERHOLT

Brasília
2008

O CONTROLE SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA RIDE-DF – ACERTOS E DESCAMINHOS NA VISÃO DOS USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília – UnB como requisito parcial à obtenção do grau mestre

Orientadora: Professora Dra. Helena Eri Shimizu

Brasília
2008

SERGIO RICARDO SCHIERHOLT

O CONTROLE SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA
RIDE-DF – ACERTOS E DESCAMINHOS NA VISÃO DOS USUÁRIOS

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do grau de mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília.

Professores que compuseram a banca:

_____
Orientadora: Profa. Dra. Helena Eri Shimizu

_____
Membro Efetivo: Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann

_____
Membro Efetivo: Prof. Dr. Oviromar Flores

_____
Membro Suplente: Profa. Dra. Maria Glória Lima

Brasília, 09 de julho de 2008.

ESPECIAL AGRADECIMENTO

Ao grupo de pesquisa do Observatório de Gestão Participativa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, pois somente através do seu empenho a realização desta pesquisa foi possível. Em especial à professora Helena que, no papel de coordenadora do projeto e orientadora, surpreendeu pela dedicação e seriedade quanto ao trabalho traçado.

À família, Carlos, Nair e Alex pelo eterno apoio e compreensão, à Raquel, companheira de reflexões e das angústias compartilhadas durante o percurso, e aos amigos, sem os quais não haveria história para ser contada.

E a mais profunda gratidão aos conselheiros usuários que participaram da pesquisa, sua dedicação e luta constantes para a efetivação do SUS serviram de inspiração e motivação para a elaboração de todo o trabalho.

“A tudo nos acostumamos, mais rapidamente do que acreditamos. Até a ver votar os internos do Cottolengo. Passado pouco tempo já parecia a visão mais costumeira e monótona, para os do lado de cá da mesa; mas do lado de lá, o dos votantes, continuava serpenteando o fermento da exceção, da ruptura da norma. As eleições em si nada tinham a ver com aquilo: quem sabia o que quer que fosse sobre elas? O pensamento que os ocupava parecia ser sobretudo o da insólita prestação pública que lhes fora exigida, a eles habitantes de um mundo escondido, despreparados para representar um papel de protagonistas sob o inflexível olhar de estranhos, de representantes de uma ordem desconhecida, e sofrendo alguns por isso, moralmente e no físico (vinham adiante macas com doentes e mancavam muletas de coxos e paralíticos), outros ostentando uma espécie de orgulho, como de um reconhecimento finalmente alcançado da sua própria existência. Havia portanto, nesse fingimento de liberdade que lhes fora imposto, perguntava-se Amerigo, um vislumbre, um presságio de liberdade verdadeira? Ou só era a ilusão, por um momento apenas, de existir, mostrar-se, ter um nome?”

Ítalo Calvino, em “O Dia de um Escrutinador”.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar as representações e práticas dos conselheiros municipais de saúde representantes do segmento dos usuários sobre a participação em saúde e o controle social na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo, adotando-se para compreensão e análise os pressupostos da hermenêutica-dialética. Participaram deste estudo dezessete conselheiros do segmento dos usuários, representantes dos municípios de Águas Lindas de Goiás, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Formosa, Planaltina de Goiás, Água Fria, Vila Boa, Cocalzinho, Padre Bernardo, Pirenópolis, Buritis, Cabeceira Grande, Unaí e Distrito Federal. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro abordou sobre a percepção da participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, no ano de 2007. Para organização e análise dos dados, foram utilizados os recursos do software francês *Analyse Lexicale par Contexte d´un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE). Os resultados demonstraram na primeira etapa de análise, na classificação hierárquica descendente a existência de dois eixos: O cotidiano dos CMS e a busca pela promoção da saúde. O primeiro eixo, o cotidiano dos CMS, é composto por 3 classes temáticas: classe 1. Rotina e burocracia no cotidiano dos CMS – a cultura da ata; 2. Participação e representatividade – integração entre as duas formas de democracia; 4. Dificuldades e condicionantes para o exercício do Controle Social – a angústia por legitimidade. O segundo eixo temático é composto pela classe 3, onde predomina o conceito ampliado de Saúde na região e a fala da promoção. Na segunda etapa de análise, a análise fatorial de correspondência, utilizou-se a seguinte variável suplementar: “regiões da RIDE-DF”. Essa variável se justifica pela hipótese explicativa que as regiões mais urbanizadas possuem maior grau de organização social, portanto maior participação social em saúde, as quais foram distribuídas da seguinte forma: Entorno Sul, Entorno Norte, Pirineus, Unaí e Distrito Federal. Os resultados indicam que apesar dos avanços identificados pelos usuários da implementação

dos CMS, a atuação destes ainda é refém da cultura política centralizadora dos gestores e da falta de potência democrática dos municípios. Esta varia de acordo com o contingente populacional dos municípios e da diversidade dos segmentos sociais presentes. Por não se sentirem legitimados para exercer suas funções, os conselheiros atuam de forma burocratizada e isolada, buscando várias parcerias para seu fortalecimento. Identificam problemas quanto à representação e a baixa participação da população e trazem o discurso ampliado de saúde como um componente que deve ser debatido dentro dos CMS.

Palavras-chave: Participação em Saúde, Controle Social, Democracia, RIDE.

ABSTRACT

The objective of this sutdy was to analyze the representations and practice of the municipal health consumer's counselors representants on health participation and the social control at the United Region of Development of Distrito Federal e Entorno (RIDE – DF). For that, a qualitative study was made, adopting for comprehension and analysis of the presuppositions of the hermenêutica-dialética. In this study, seventeen counselors of the consumer segment were considered, representing the counselors of the tows Águas Lindas de Goiás, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Formosa, Planaltina de Goiás, Água Fria, Vila Boa, Cocalzinho, Padre Bernardo, Pirenópolis, Buritis, Cabeceira Grande, Unaí e Distrito Federal. Semi-structured interviews were carried out, whose script approached the perception about the consumers participation on the CMS, in 2007. For data organization and analysis the French software *Analyse Lexicale par Contexte d´un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE) was used. At the first stage of the analysis, the descendant hierarchical classification, the results showed the existence of two axis: the daily life of the CSM and the search for health promotion. The first axle, the CMS daily life, is composed by three thematic classes: class 1. Routine and bureaucracy in the CMS daily life - the culture of the ata; 2. Participation and representativeness – integration between the two forms of democracy; 4. Difficulties and restrictions in exercising the social control – the anguish for legitimacy. The second thematic axle is composed by the class 3, where the widen concept of health in the region and the speech of promotion are predominant. In the second stage of analysis, a factor analysis of correspondence, "RIDE – DF regions" was used as a supplementary variable. This variable is justified by the explicative hypothesis that the most urbanized regions have a higher degree of social organization, thereafter a higher level of social participation in health, which were distributed as follow: Entorno Sul, Entorno Norte, Pirineus, Unaí e Distrito Federal. The results show that in spite the advancements identified by the users of the CMS implementation, their acting still is dependent of the centering political culture of the managers and of the lack of democratic power of the local

authorities. This one varies in regard with the population contingent of the local authorities and the diversity of social segments present. Since they don't fell legitimized to practice their functions, the counselors act in a bureaucratized and isolated way, searching for partnership for strengthening. Problems in the representation and low participation of the population were identified and bring the widen speech about health as a component to be debated inside the CMS.

Key-words: Health Participation, Social Control, Democracy, RIDE

SUMÁRIO

Resumo.....05
Abstract.....07
Lista de Siglas e Abreviaturas.....11
Lista de Figuras e Anexos.....12
APRESENTAÇÃO.....13
Objetivos Geral e Específicos.....17
CAPÍTULO 1 – DEMOCRACIAS, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE.....18
1.1 Para se entender os modelos hegemônicos de democracia e suas relações com o Brasil.....18
1.2 Modelos tradicionais de democracia.....19
1.3 A democracia e o Estado refém da elite em meados do século XX.....21
1.4 O surgimento de um novo horizonte nos países do Sul.....23
1.5 Democracia e Saúde no Brasil – pensando o impensável.....21
1.6 Antecedentes históricos da criação de fóruns participatórios na área da saúde no Brasil.....27
1.7 Anos 1990 – os primeiros passos do SUS encontram o Estado mínimo.....30
1.8 Os Conselhos Municipais de Saúde e os vinte anos de SUS.....32
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....36
2.1 Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico.....36
2.2 Os sujeitos do Estudo.....37
2.3 O Cenário da pesquisa.....38
2.4 O território da RIDE.....41
2.5 Caracterização dos serviços de saúde na RIDE.....44
2.6 Análise dos Dados.....44
2.6.1 Sobre o ALCESTE.....45
CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E CARACTERIZAÇÃO DAS CLASSES.....48
3.1 Classe 1: Rotina e Burocracia no Cotidiano dos CMS – a Cultura da Ata....48

3.2 Classe 4: Dificuldades e Condicionantes para o Exercício do Controle Social – A Angústia por Legitimidade.....53
3.3 Classe 2: Participação e Representatividade nos CMS –integração entre as duas formas de democracia.....59
3.4 Classe 3 – O Conceito Ampliado de Saúde e a Fala da Promoção.....67
3.5 Análise Fatorial de correspondência.....71
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO.....77
4.1 Classe 1: Rotina e Burocracia no Cotidiano dos CMS – a Cultura da Ata....78
4.2 Classe 4: Dificuldades e Condicionantes para o Exercício do CS – A Angústia por legitimidade.....85
4.3 Classe 2: Participação e Representatividade nos CMS – integração entre as duas formas de democracia..... 90
4.4 CLASSE 3: O Conceito Ampliado de Saúde e a Fala da Promoção.....95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....108
ANEXOS.....112

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ALCESTE	*Analyse Lexicale par Contexte d´um Ensemble de Segments de Texte*
CES	Conselho Estadual de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CS	Controle Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RIDE-DF	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
PSF	Programa Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS E ANEXOS

FIGURA 1 – Divisão político-administrativa da RIDE-DF (2008).

FIGURA 2 – Estrutura espacial anular da RIDE-DF.

FIGURA 3 – Classificação hierárquica descendente do ALCESTE.

ANEXO 1 – Roteiro de entrevistas com os usuários dos Conselhos Municipais de Saúde da RIDE-DF.

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

ANEXO 3 – Síntese da Análise pelo ALCESTE.

APRESENTAÇÃO

O processo de democratização e a descentralização das políticas sociais no Brasil abriram espaço para incontáveis experiências de participação popular em arenas públicas de decisão de políticas (LABRA & FIGUEIREDO, 2000). O setor saúde se destaca não só no país, mas também na América Latina, pelo surgimento de milhares de Conselhos de Saúde, dos quais, por força da lei, os representantes da sociedade civil organizada participam de forma paritária com representantes da autoridade setorial e prestadores profissionais e institucionais de serviços.

O avanço no processo de construção do SUS em muito se deve a essa participação da comunidade. A cristalização desse fenômeno se deu a partir da promulgação da Constituição de 1988 e da Lei 8.142 (BRASIL, 1990), que institucionalizou o Controle Social, por meio da criação dos Conselhos de Saúde no Brasil, nos três níveis de governo, federal, estadual e municipal, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Sua atribuição legal é a de atuar e deliberar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros.

E foi com a incorporação dos usuários nos processos de formulação e decisão política que o SUS deu seus maiores passos. A transição, nos anos 1980, de um modelo centralizado e autoritário de sistema de Saúde para um novo desenho institucional com efetiva participação da população trouxe novas possibilidades e responsabilidades na relação Estado e Sociedade civil sem precedentes no país. Depois da afirmativa desses novos espaços para envolvimento da população, surge a questão de como ocupá-los e produzir outra lógica onde as necessidades de saúde sentidas pelos usuários fossem incorporadas.

A aposta do movimento sanitário foi a de que, ao incorporar esse novo sujeito, o usuário, ter-se-ia pressão popular e uma nova racionalidade. Migraríamos de um modelo vertical baseado na série histórica dos procedimentos em saúde modelados pelo mercado, para uma nova lógica de produção em saúde,

em que o mercado fosse suplementar, e a população, a força motriz para um sistema universal e eqüitativo. O usuário seria o próprio elo de transição entre esses dois mundos.

Nesse sentido, a própria Lei 8.142 e resoluções emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde nesses vinte anos de SUS, notadamente a Resolução 333, tentam viabilizar a participação mais efetiva dos usuários nos espaços dos Conselhos de Saúde. Porém, elaboradas em nível central e descoladas do contexto nacional, a maioria delas não cabe nas realidades dos pequenos municípios brasileiros (segundo o Ministério da Saúde, 70 % dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes). A falta de diversidade de movimentos sociais e representações mais amplas nos pequenos municípios dificultam a operacionalização dessas diretrizes e dificulta uma maior potência democrática relacionada à participação e à atuação dos usuários.

Além disso, são constatadas outras dificuldades na viabilização de uma efetiva e democrática participação nessas instâncias. Problemas como a baixa autonomia dos Conselhos de Saúde, cultura autoritária e centralizadora das instituições, burocratização das rotinas com o afastamento da população dos seus processos, baixa vocalização dos usuários devido ao discurso técnico dos gestores e profissionais, baixa qualificação para atuação nos CMS com ausência de processos educativos para tais fins, distanciamento dos usuários das entidades e da população que representam, baixa visibilidade dos Conselhos de Saúde junto à comunidade, entre outros, foram o mote para a realização deste estudo.

Instigado por essas questões, o NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública, com financiamento do CNPq, realizou no período de 2006-2008 uma densa pesquisa sobre o tema, intitulada “O Controle Social do SUS no âmbito da Atenção Básica na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno”, este trabalho, com um recorte específico no usuário, compõe uma das partes dessa pesquisa.

O presente estudo pretende analisar, não só o Controle Social institucionalizado na RIDE-DF, mas também a questão da participação em Saúde,

bem como os principais avanços e dificuldades para a implementação de uma nova lógica na relação entre Estado e sociedade civil no país.

Para tanto, a análise partiu de como os diversos modelos de democracia e seus problemas decorrentes evoluíram nos últimos 50 anos, para, então, aproximá-los dos espaços dos Conselhos de Saúde em um contexto regional. Essa contextualização se faz importante porque várias das angustias dos que se debruçam sobre o assunto transcendem as paredes dos Conselhos, pois tem suas raízes na própria história da construção do modelo de democracia representativa. Além das limitações para a participação dos usuários oriundas do próprio modelo de representação, o próprio encontro do SUS com o neoliberalismo trouxe outras distorções em que fica comprometida a atuação desse novo sujeito, nos impondo uma nova questão. O que sobra para deliberação do usuário diante da falta de autonomia das próprias nações sobre os rumos de suas políticas em um novo mundo orientado pelo mercado?

A aposta é que respostas podem estar no próprio cotidiano dos Conselhos de Saúde e na atuação dos usuários. É refazendo o caminho inverso, do local para o global, que poderemos encontrar um porto seguro, na medida em que esses espaços assumem uma nova dinâmica, protagonizada por comunidades e grupos sociais subalternos pela aspiração de contratos sociais mais inclusivos e de democracia de mais alta intensidade (SANTOS, 2005).

Mediante esta investigação será possível conhecer em maior profundidade o cotidiano dos Conselhos Municipais de Saúde, tendo como porta-vozes os usuários, os próprios sentidos da participação e controle social em saúde, a organização e o funcionamento dos CMS, o envolvimento na elaboração das estratégias em saúde, os espaços das Conferências de Saúde, a avaliação e o monitoramento realizado pelo CMS, as ações intersetoriais e seu desenrolar dentro dos CMS, bem como as dificuldades e perspectivas do CMS em relação ao exercício de suas funções.

Esta panorâmica poderá possibilitar também, por parte dos Municípios e Conselhos de Saúde, uma avaliação do quanto eles têm sido permeáveis ao controle social dos diversos segmentos sociais representados pelos usuários e,

ainda, o aprofundamento de outros aspectos em relação à qualidade da participação e da representação em saúde. Por outro lado, é valido ressaltar que este estudo já é fruto de uma relação de maior densidade entre a Universidade de Brasília e a realidade que a cerca, onde se parte da premissa de que a Ciência deve ser para nós, também um exercício de cidadania e de solidariedade, e as suas qualidades devem ser aferidas em última instância, pela qualidade da cidadania e da solidariedade que promove ou torna possível (SANTOS, 2005).

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar, pela ótica dos representantes dos usuários, a prática cotidiana dos Conselhos Municipais de Saúde da RIDE-DF, bem como identificar as potencialidades e fragilidades dos Conselhos Municipais no controle social em saúde na RIDE-DF.

Objetivos específicos:

Conhecer as percepções dos usuários acerca do controle social e participação em Saúde na RIDE-DF.

Identificar e analisar as práticas habituais dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde.

Avaliar a participação dos usuários na formulação, controle e avaliação das políticas de saúde na RIDE no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde.

Analisar a articulação dos representantes dos usuários com a população do município e a participação desta nos espaços dos CMS.

CAPITULO 1- DEMOCRACIAS, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

1.1 Para se entender os modelos hegemônicos de democracia e suas relações com o Brasil.

Apesar de não ser pretendida aqui uma revisão teórica da democracia sob o prisma da Ciência Política, faz-se necessária uma apresentação dos modelos de democracia e o que se oculta por detrás deles, visto que eles têm impacto e conseqüência no cotidiano sobre o qual se assentam os CMS. Para tanto, é utilizada a linha de análise criada pelo professor Boaventura Santos, na qual se opõem os modelos liberais representativos, consolidados nos países do hemisfério Norte, e os que surgem a partir dos anos sessenta nos países em desenvolvimento do hemisfério Sul, notadamente na América Latina.

Todos os casos estudados por B. Santos em “Democratizar a Democracia” se caracterizaram por uma tentativa de disputa pelo significado de determinadas práticas políticas, por uma tentativa de ampliação do que ele chama de uma nova gramática social e da incorporação de novos atores ou de novos temas na política, dentro de novas lógicas de democracia participativa.

Certamente, um dos diagnósticos centrais da reflexão de Boaventura está na identificação da centralidade da relação entre Estado e sociedade civil para a constituição das teorias de emancipação. Crítico do modo como a tradição liberal formulou essa questão, concedendo à sociedade civil uma condição de precedência e de possessão de direitos contrapostos ao Estado, o sociólogo português mostra com grande acuidade como a metáfora base/superestrutura, em uma certa tradição marxista, acaba por não romper com o modo liberal de equacionar essa questão decisiva (SANTOS, 2005; 2006).

Em razão dessa elaboração, Boaventura construiu em suas teorizações a crítica aos que, na crítica ao estatismo de certas tradições de esquerda, tenderam a formular a noção extremada de “autonomia dos movimentos sociais”, como se eles pudessem se compor e formar suas agendas, suas formas organizativas,

suas projeções fora de qualquer instituição estatal. A seu modo provocativo de formular novos desafios teóricos, chega a formular teses para o fortalecimento da democracia participativa, que conformam princípios de uma nova institucionalidade, como se esse Estado pudesse ser expressão de um “novíssimo movimento social”.

Também são apresentados alguns apontamentos trabalhados por Carole Pateman na sua obra “Participação e Teoria Democrática”, na qual a autora busca o lugar da participação na democracia moderna.

Neste estudo optou-se por compreender, sucintamente, os processos históricos que foram formatando os diversos tipos de democracia e os seus esgotamentos. A história recente sobre o remodelamento da democracia é salutar para nos debruçarmos sobre a questão do controle social e a nova relação entre Estado e sociedade que ele pode configurar no Brasil. Em que pese a dificuldade de partir da análise estrutural para a conjuntural, do global para o local, em diversos momentos é possível a visualização de importantes condicionantes para a participação local na RIDE-DF nos problemas historicamente debatidos acerca dos modelos hegemônicos de democracia. São eles: a relação procedimento e forma dos processos democráticos; o papel da burocracia na vida democrática; e a questão dos limites da representação e da participação nas diferentes escalas.

1.2 Modelos tradicionais de democracia.

A questão da relação entre Estado e sociedade e sua mediação pela democracia tem tomado um lugar comum a partir do século XX, não só na apropriação do termo pelos aspectos políticos mais diversos, mas também na pouca profundidade com que a discussão sobre o assunto tem avançado quanto às suas possíveis formas de implementação (SANTOS;AVRITZER, 2005). A disputa travada em torno do termo a partir desse momento histórico envolveu dois momentos principais.

A primeira metade do século XX trouxe o desejo da democracia. Assumindo-se a premissa de que o debate pendeu a favor desse desejo; a partir de então, tornou-se hegemônica uma concepção restrita das formas de participação e soberania em favor de um consenso em torno meramente eleitoral e representativo. Já o segundo debate se deu em torno das condições estruturais para o funcionamento da democracia, com suas compatibilidades ou não com o capitalismo e as democracias de massa. Esse debate trazia os paises vencedores da Guerra pelo discurso da democracia, junto com formas de governo assumidas por eles, caracterizadas pela chegada das sociodemocracias ao poder (SANTOS;AVRITZER, 2002; PATEMAN, 1992).

A partir daqui começamos a ter um confronto entre esse modelo democrático formal, em que a própria democracia colocaria limites à propriedade e implicaria ganhos distributivos para os setores sociais desfavorecidos, e os marxistas, entendendo que a solução exigia a desconstrução desse termo, uma vez que não era possível democratizar a relação fundamental em que se assentava a produção material (SANTOS, 2005). Aqui temos o embrião do debate entre os modelos de democracia e sua relação do Estado com a sociedade. Também foram propostos modelos alternativos participativos como as do Leste Europeu e a democracia desenvolvimentista dos países com a independência recém-conquistada. A partir do final do século XX, aprofundou-se a idéia de que não havia mais ou menos condições para os países atingirem uma maturidade democrática, mas de que ela é o próprio meio privilegiado para que isso aconteça (SANTOS;AVRITZER, 2005; PATEMAN, 1992).

Superado o problema quanto ao significado e suas estruturas, a democracia, com suas formas e variações, começa a ganhar terreno, reconfigurando novas relações entre Estado e sociedade. Triunfou durante muito tempo a conhecida concepção hegemônica de democracia, tendo como fio condutor a contradição entre mobilização e institucionalização, a valorização positiva da apatia política (o cidadão comum não teria capacidade ou interesse se não para escolher os lideres que tomam a decisão), a concentração do debate nos desenhos de democracia, a pauta do pluralismo como forma de disputa partidária entre elites e alguma

solução mínima para solucionar o problema da participação (SANTOS;AVRITZER, 2005).

Toda essa discussão sobre uma democracia de baixa intensidade caiu por terra quando sua expansão global coincidiu com graves crises democráticas nos países centrais na sua origem, principalmente quanto ao conhecido termo “dupla patologia”: participação, sobretudo em vista do aumento considerável do abstencionismo; e representação, com cidadãos considerando-se cada vez menos representados pelos eleitos (SANTOS;AVRITZER, 2005).

Dessa maneira, o século XX ficou caracterizado por dois debates centrais no tocante à democracia, esta, em última instância, considerada como forma mediadora entre Estado e sociedade. Por um lado, temos um pensamento da solução européia com o abandono do papel da mobilização social e da ação coletiva na construção democrática, e na segunda forma, a valorização do papel dos mecanismos de representação sem a necessidade de combinarmos mecanismos societários de participação. Em ambos os casos, surgem o que é conhecido como forma hegemônica de democracia, a representativa elitista, que propõem ao resto do mundo o modelo liberal representativo do hemisfério Norte, totalmente desvinculado das outras experiências que ocorriam em sistemas políticos não-alinhados (SANTOS;AVRITZER, 2005;PATEMAN, 1992).

1.3 A democracia e o Estado refém da elite em meados do século XX.

A discussão no Ocidente caracterizou-se pela polarização das duas concepções de democracia, a liberal-democracia, apontada anteriormente, e uma concepção marxista de democracia, marcada pela autodeterminação do mundo do trabalho como central para os cidadãos entendidos como produtores da base (PATEMAN, 1992). Foi desse enfrentamento que surgiram as concepções hegemônicas da democracia que vigoram a partir do século XX. Podemos trabalhar essa questão por meio de três indagações, a da relação procedimento e

forma, a do papel da burocracia na vida democrática, e a da inevitabilidade da representação nas democracias de grande escala (SANTOS;AVRITZER, 2005).

Um início que pontuou esse acirramento foi o debate em torno da idéia de democracia ser muito mais dependente da sua forma do que de seu espírito. Esse momento é impregnado pela idéia de um formato disciplinador para a democracia, com a sociedade em geral sendo incapaz de ditar seus próprios rumos. Um teórico de grande influência dessa época exemplifica bem o argumento ao indagar se pode ser possível o povo governar. São adotadas várias concepções em torno da mobilização das massas, com seus indivíduos tomando decisões por meio de impulsos pouco racionais. Apesar das fragilidades dessa argumentação, ela foi fortemente utilizada pela concepção hegemônica de democracia (SHUMPETER, 1961).

Um segundo ponto norteador na concepção hegemônica guarda relação com as estruturas burocráticas construídas ao longo da história. Para muitos pensadores, o desenvolvimento de um aparato complexo da organização dos estados e suas varias ramificações impedem a atividade não técnica para a grande massa da população. Com a consolidação do estado de Bem-Estar Social *(Welfare State)*, não somente essa preocupação do distanciamento técnico-burocrático entre Estado e cidadão cresceu, como também a intervenção e controle que o primeiro pode exercer sobre o segundo. Esse ponto pode ser exemplificado pelas sociedades que passaram de uma economia familiar para uma de mercado, de uma de mercado para uma protegida, regulada e planificada, aumentaram os problemas políticos que requerem competências técnicas, seus especialistas, expertos... Tecnocracia e democracia são antitéticas: se o protagonista da sociedade industrial é o especialista, impossível que o protagonista venha a ser o cidadão comum (SANTOS, 2006).

O terceiro ponto, não menos importante, refere-se à representação, que foi a única solução dada para os regimes consolidados para o problema da autorização. Para alguns dos pensadores do pós-guerra, “quanto menor a unidade democrática, maior será o potencial para a participação cidadã e menor será a necessidade para os cidadãos de delegar as decisões de governo para os seus

representantes. Quanto maior for a unidade, maior será a capacidade para lidar com problemas relevantes para os cidadãos e maior será a necessidade dos cidadãos de delegar decisões para seus representantes". Agrava ainda mais a solução dada pela representatividade, o fato de que sociedades minoritárias encontram-se excluídas desse processo, encontrando outro limite claro nesses modelos liberais, a impossibilidade da representação de agendas e identidades específicas (SANTOS; AVRITZER, 2005).

1.4 O surgimento de um novo horizonte nos países do Sul.

Apesar da consolidação de um elitismo democrático a partir da metade do século XX, um novo movimento surge para questionar o formalismo com que a democracia era apresentada ate então para a sociedade. Uma nova concepção não hegemônica de democracia surgia; esta, por sua vez, negava concepções homogeneizadas da relação entre o Estado e a sociedade, reconhecendo na pluralidade humana uma nova proposta de ação democrática (SANTOS, 2005).

Essa nova institucionalidade democrática é articulada entre a ênfase na criação de uma nova gramática social e cultural e o entendimento da necessidade de uma inovação social articulada com uma inovação institucional. A democracia nesse novo prisma implicaria ruptura com tradições estabelecidas e a tentativa de instituição de novas determinações, novas normas e novas leis. Essa é a indeterminação produzida pela nova gramática democrática, tão bem trabalhada por Boaventura Santos (2005), substituindo a indeterminação causada apenas pela indagativa de quem será o próximo ocupante de posição no poder. Para ser plural, a democracia tem que contar com o consentimento desses atores em processos racionais de discussão e deliberação.

A partir de então, os movimentos sociais começaram a colocar em xeque várias das concepções formalistas da democracia e da inexistência do tratamento de qualquer aspecto cultural nos tradicionais desenhos de democracia. Um lugar onde essa contestação teve base muito sólida foi a América Latina, refém histórico

de modelos europeus preconcebidos, incluso o de democracia liberal. Muitas vozes pautaram nova demanda pela ampliação do espaço político, por meio da transformação das práticas dominantes, da cidadania e da re-significão das práticas democráticas (CANTOR, 2005).

Foi também na América Latina que os movimentos sociais fizeram ouvir suas vozes na canção da redemocratização. Cantavam denunciando relações de gênero, de raça, de etnia e o privatismo na apropriação dos recursos públicos, colocando na ordem do dia o problema da necessidade de uma nova relação entre Estado e sociedade. Boaventura afirma que esse desejo "implicou a introdução do experimentalismo na própria esfera do Estado, transformando o Estado em novíssimo movimento social" (2005). Autores mais pessimistas, como Briceño-Leon, negam essa transformação do Estado no continente e apontam que, dependendo do contexto social, político e econômico, a apropriação da participação para legitimação do Estado é prática comum (BRICEÑO-LEON, 1998).

Outro ponto da concepção formal de democracia contestado na América Latina foi a necessidade de uma racionalidade técnico-burocrática para dar conta da complexa estrutura do estado e sua formação histórica. "Uma nova relação entre Estado e sociedade, com aumento da participação social, também levou a uma redefinição sobre a adequação da solução não participativa e burocrática a nível local, recolocando a escala do interior do debate democrático" (SANTOS, 2006). A maior parte das experiências participativas nos paises recém-democratizados do Sul tem o seu êxito relacionado à capacidade dos atores sociais de transferirem práticas e informações do nível social para o nível administrativo.

O desmoronamento final do tripé da tradição hegemônica dá-se em torno da questão da representatividade e da diversidade cultural e social. Os grupos mais vulneráveis socialmente, os setores sociais menos favorecidos e as etnias minoritárias não conseguem que os seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários ou economicamente mais prósperos. Novas formas de representatividade foram

propostas então na América Latina, novas articulações entre Estado e sociedade civil, entre democracia representativa e democracia participativa pareceram mais promissoras na defesa de interesses e identidades subalternas nesse hemisfério.

Podemos resumir que nas sociedades capitalistas, sobretudo nos países centrais, consolidou-se uma concepção hegemônica de relação entre Estado e sociedade, a concepção de democracia liberal com a qual procuravam estabilizar a tensão controlada entre democracia e capitalismo. Essa estabilização ocorreu por duas vias, pela prioridade conferida à acumulação de capital em relação à redistribuição social e pela limitação da participação cidadã, tanto individual, quanto coletiva, com o objetivo de não "sobrecarregar" demais o regime democrático com demandas sociais que pudessem colocar em perigo a prioridade da acumulação sobre a redistribuição. Essa concepção de sobrecarga de demandas históricas de grupos excluídos de participação foi posta à prova e fracassou não só no Brasil, como em boa parte da América Latina (SANTOS, 2005).

1.5 Democracia e Saúde no Brasil – pensando o impensável.

Com relação ao exposto acima, nos últimos trinta anos, a participação da sociedade por mecanismos institucionalizados tem se mostrado como um complemento e uma alternativa às formas tradicionais de representação política para as democracias liberais. Nesse ínterim, até mesmo as agências internacionais têm preconizado a participação comunitária como condição para o desenvolvimento e a consolidação dos sistemas de saúde.

Os cuidados primários em saúde foram considerados por algumas dessas agências como a grande estratégia para a transformação de um modelo oneroso ao Estado e ineficiente para a população. Uma das principais orientações para essa mudança de modelo é a participação da comunidade. Segundo Alma-Ata "os cuidados primários em saúde requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e

controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades" (ALMA-ATA, 1978).

A noção de participação, tal como fora inicialmente concebida pelos defensores dos cuidados primários em saúde, era muita vaga, e seu significado variava conforme as peculiaridades da organização social e política de cada país, ou do posicionamento político-ideológico do ator político que abraçava a idéia (CORTES, 2002). Um dos maiores desafios para a efetivação dessa participação seria a fraqueza ou a ausência de uma sociedade civil organizada capaz de contrabalançar o poder político das elites econômicas em aliança com a burocracia. Em países periféricos, como no caso do Brasil, os interesses não dominantes, tais como sindicatos, trabalhadores rurais, moradores urbanos pobres, seriam sistematicamente excluídos dos canais decisórios. Suas demandas seriam filtradas por relações estabelecidas por funcionários públicos com líderes obsequiosos e clientes individuais.

Contrariando essa análise, o cenário da década de 1980 no Brasil era marcado pela efervescência dos movimentos sociais, caracterizado pela luta de vários setores organizados da sociedade. O movimento sindical demandava ativamente aumentos salariais e liberdade de organização. Pela primeira vez, desde o começo dos anos sessenta, sindicatos de trabalhadores rurais e um movimento dos sem-terras, ainda embrionário, exigiam reforma agrária e a extensão de benefícios previdenciários a trabalhadores rurais. Nas áreas urbanas, associações de moradores promoviam campanhas demandando melhores serviços ou mesmo, por vezes, ocupando conjuntos residenciais vazios e prédios públicos. Novas organizações sociais eram criadas, tais como associações ecológicas e grupos feministas. Esses movimentos e organizações tinham como bandeira a luta por uma sociedade democrática.

O ápice legal e institucional dessa liberalização política se deu com a promulgação da Constituição de 1988, criando mecanismos de envolvimento das classes populares na administração pública, como o *referendum*, o plebiscito e a

iniciativa popular, e estabeleceu espaços institucionais para a participação, marcadamente no setor saúde. A Carta de 1988 abriu perspectivas para apoiar ações no domínio social ou ações na esfera pública que possam remeter à "questão social", tanto por dar tratamento privilegiado aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitam ao cidadão concretizar as exigências de um Estado de Justiça Social, fundado na dignidade da pessoa humana, mediante um estado democrático. (DALLARI & col., 1996).

1.6 Antecedentes históricos da criação de fóruns participatórios na área da saúde no Brasil.

Antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado em duas estruturas, a saúde previdenciária e a saúde pública, sistemas paralelos que careciam de uma logística de integração e reorientação do modelo. O sistema previdenciário era responsável pela assistência ambulatorial e hospitalar, consumindo uma quantia desproporcional dos recursos para uma área de alta concentração tecnológica e pouco resolutiva. A esse subsistema só tinham acesso os trabalhadores de carteira assinada, formalmente tutelados ao Estado (RIBEIRO, 1997).

O país passava por uma crise econômica o que, somado aos custos cada vez maiores para manter o modelo previdenciário hospitalocêntrico e não universal, dava vazão cada vez maior às vozes do novo movimento sanitário. A reorganização sugerida implicaria na transferência de poder político e de recursos financeiros do subsetor previdenciário para o de saúde pública e da esfera federal para as administrações estaduais e municipais.

A democratização política, o fortalecimento dos níveis locais de governo e até mesmo as recomendações das agências internacionais financiadoras ajudaram a implementar uma política e uma constituição de regramento legal que veio a universalizar o acesso, a integrar e a descentralizar o sistema de saúde brasileiro. Para os que defendiam a redução do tamanho do estado e da proporção de

gastos com proteção social pública, o objetivo principal era o corte de custos. Em contraste, aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação do controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos, ressaltavam a importância de estimular a participação dos usuários (CORTES, 2002).

Os militantes da reforma sanitária consideravam como uma questão de princípio que a sociedade civil tivesse controle sobre a gestão. Ao mesmo tempo, os grupos de interesse mobilizados por meio de fóruns de participação poderiam auxiliar para expandir os apoios políticos ao processo de reforma. Esse processo abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais, também habilitou as comissões municipais a tomar parte nas decisões sobre serviços contratados, uma vez que houvesse ocorrido a municipalização (CORTES, 2002; RIBEIRO, 1997).

O marco histórico para a legitimação das propostas do movimento sanitário em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (BRASIL, 1986). Dela participaram setores organizados da sociedade civil que, pela primeira vez, tiveram presença efetiva nesse foro, até então restrito às cúpulas técnicas da saúde pública. Vinte e dois anos depois, vale retomar alguns pontos sobre o direito à saúde no relatório final, haja vista à vanguarda das suas proposições.

- A saúde é, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- O Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas sociais e econômicas, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

• Desse conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis

A Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990, foram influenciadas por esses ideais do movimento sanitário em aliança com organizações que representavam os interesses dos usuários. A estratégia geral era construir um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da seguridade social, criada pela nova Constituição, e dos orçamentos federal, estaduais e municipais. A maior parte da provisão direta e da regulação dos serviços financiados com recursos públicos ficaria a cargo dos municípios. As esferas estaduais ficariam responsáveis pela avaliação e monitoramento do sistema, além dos serviços de maior complexidade, que serviriam de referência para os municípios. A lei incentivava um maior protagonismo municipal na atenção à saúde, principalmente na atenção básica. Essa responsabilização ainda depende de complexas negociações entre os municípios e estados, muitas vezes necessitando da intervenção federal para um entendimento. Esses impasses, na maioria das vezes, envolvem a responsabilização pelas ações sanitárias e as contrapartidas no custeio das ações (RIBEIRO, 1997; LABRA;GIOVANELLI, 2007).

É nesse cenário de embates, vitórias e derrotas que se consegue implementar, a partir do final dos anos 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS), de cuja engenharia institucional dependeria das instâncias colegiadas de deliberação das questões políticas e técnicas do setor, às quais se incorporaram representantes de organizações da sociedade civil (SCHIERHOLT, 2004). Isso foi possível graças à força dos dois movimentos convergentes anteriormente citados, um derivado da mobilização popular dos anos 1980 em prol da democracia e do direito à saúde e outro emanado das disposições legais que criaram o SUS.

A partir de começos dos anos 1990, e com maior vigor na segunda metade da década, consolidaram-se Conselhos em todas as unidades da Federação:

Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde em cada um dos 28 estados e Conselhos Municipais de Saúde praticamente nos 5.562 municípios do país, instituindo-se, ademais, Conselhos distritais ou locais nos municípios de grande porte.

1.7 Anos 1990 – os primeiros passos do SUS encontram o Estado mínimo.

Apesar das conquistas do final dos anos 1980, chegaram os anos 1990 e, junto com eles, a mão forte do liberalismo. Alguns autores afirmam que o Brasil nem chegou próximo à concepção do Estado de Bem-estar Social, com seus benefícios sociais atuando a favor da garantia dos direitos sociais. No momento da promulgação da Constituição Federal de 1988, o país se encontrava em franca transição para um modelo econômico neoliberal (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Se na década de 1980 vivemos a transição sonhada para uma democracia com ampliação dos direitos sociais, na década seguinte, após instituirmos o direito a saúde, iniciou-se o ajuste estrutural da economia e o Estado Mínimo, no qual sobrava para o Estado apenas o papel de regulador dos mercados e fiscalizador da conduta dos agentes econômicos. Para dar conta da nova ordem global, os Estados foram pressionados via organismos internacionais financiadores a viabilizar as privatizações e as novas relações entre o público e o privado, obrigando uma redefinição dos espaços institucionais geridos pelo poder público (CANTOR, 2005). Diversos autores trabalham com a idéia de enfraquecimento do moderno Estado Nação pela mundialização do capital, já que, a partir de então, quem constrói a governança são organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio (CHESNAIS, 1996; SANTOS, 2005).

E é imprescindível para esse novo modelo uma política social com contenção dos gastos públicos, com um Estado que só deve intervir com o intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não podem

ou não querem produzir (CAMPOS; MISHIMA, 2005; CANTOR, 2005). Essa opção do Estado brasileiro acarretou em graves desvios no SUS, tanto sobre a exclusão de camadas que puderam negociar os planos privados de atenção (os trabalhadores do mercado formal com afastamento dos sindicatos dos Conselhos de Saúde) e a focalização social do programa público de saúde para os demais.

Diversos autores (SANTOS, 2005 e 2006; CANTOR, 2005; SADER, 2001) identificam a força do neoliberalismo nos planos cultural, político e ideológico, em detrimento dos êxitos no campo econômico, visto que a ideologia neoliberal se tornou comum para a superestrutura. Em instigante síntese realizada por Boron (1999), esse sucesso ideológico e cultural do neoliberalismo manifesta-se em quatro dimensões.

A primeira delas refere-se à "avassaladora tendência à mercantilização de direitos e prerrogativas conquistadas pelas classes populares, convertidos agora em bens ou serviços adquiríveis no mercado. A saúde, a educação e a seguridade social deixaram de ser componentes inalienáveis dos direitos de cidadão e se transformaram em simples mercadorias intercambiadas entre fornecedores e compradores à margem de toda estipulação política".

A segunda dimensão diz respeito ao "deslocamento do equilíbrio entre mercados e Estado, fenômeno objetivo e reforçado no terreno ideológico que satanizou o Estado. Dessa feita, potentes definições culturais foram solidamente arraigadas na população, associando o Estado com o mau e o ineficiente, e os mercados com o bom e eficiente".

Outra dimensão decorre da "criação de um senso comum neoliberal, que penetra muito profundamente no chão de crenças populares. Esse conformismo também se exprime no terreno mais elaborado das teorias econômica e sociais, o chamado pensamento único".

Por fim, a última dimensão diz respeito ao "convencimento de amplos setores das sociedades capitalistas, e a quase totalidade de suas elites políticas, de que não existe outra alternativa que se atreva a dizer que a sociedade pode se organizar de outra maneira".

Esse interessante esquema sobre as formas não econômicas de influência do neoliberalismo e outros apontamentos sobre o enfraquecimento do Estado Nação nos impõe uma angustiante questão: se não há possibilidades de governança e autodeterminação para os estados modernos decidirem quanto seus próprios rumos, sobre quais decisões os novos espaços de participação surgidos nos últimos 20 anos se debruçarão?

Podemos visualizar uma resposta na medida em que essa retirada do Estado da gestão do espaço público foi também definindo o lugar das ações que respondem ao bem estar social. No embate entre o espaço público e o privado, a participação política ficou delimitada e circunscrita ao âmbito privado das organizações e dos grupos organizados, espaços onde primordialmente se desenvolvem ações focalizadas aos pobres (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

1.8 Os Conselhos Municipais de Saúde e os vinte anos de SUS

Durante esses vinte anos de consolidação, o SUS esteve, desde o início, alicerçado em três pontos: a universalização da assistência, o controle social e a normatização técnica das alocações financeiras. Desses, apenas os dois primeiros pontos podem ser considerados como avanços percebidos com maior consistência. A questão do financiamento do sistema esbarra nas oscilações dos gastos nas três esferas governamentais (matriz neoliberal dos anos 1990), em questionamentos jurídicos quanto ao fluxo das transferências, alvo de investigações recorrentes pelo Ministério Público Federal (RIBEIRO, 1997), e na definição mais clara do perfil de necessidades sociais em termos de cobertura e modelo de assistência. A universalização da assistência é perceptível por meio do acesso proporcionado a clientelas não previdenciárias junto a hospitais e ambulatórios do ex-Inamps, ou conveniados, e da recente ampliação das redes municipais de saúde.

A questão do controle social, comumente referida à formação e atuação dos Conselhos de Saúde, tem se mostrado, por outro lado, a principal inovação política do SUS, e seu conceito básico de pactuação política entre grupos de

interesses tem penetrado, inclusive, as próprias relações intergovernamentais, especialmente a partir da criação das comissões intergestores bipartite (CIB) e tripartite (CIT). Esses espaços públicos de conflito e pactuação política são usualmente tratados em abordagens acerca da ação coletiva, como na teoria pluralista, ou sobre o neocorporativismo; a adaptação do estado capitalista contemporâneo ao conflito entre as lógicas da acumulação e da eqüidade (RIBEIRO, 1997).

É preciso sublinhar que disposições do MS e do CNS impulsionaram a criação de tais instâncias, na medida em que condicionaram a transferência de recursos financeiros a estados e municípios com a existência de Conselho de Saúde no ente correspondente. Depois foram adicionados requisitos que tornaram imperativa a existência do Conselho de Saúde, como a obrigação de este examinar e aprovar o plano de saúde, o orçamento e outros instrumentos de gestão (BRASIL, 1990).

Tais incentivos normativos, junto com a politização da questão saúde mediante a realização periódica de conferências de saúde em todo o país, têm permitido colocar a implementação do SUS em permanente questionamento e vigilância, formando-se uma massa crítica de apoio que tem assegurado, em boa parte, o aperfeiçoamento do sistema e a crescente participação cidadã, assentando as bases, embora ainda muito frágeis, para o almejado controle social dos usuários sobre as decisões e os atos das autoridades setoriais.

Como resultado concreto, atualmente há no país milhares de pessoas envolvidas nos Conselhos de Saúde. O porte de cada Conselho varia segundo o tamanho da população local, mas a regulamentação provê, para todos eles, a mesma composição paritária: metade dos assentos corresponde a representantes da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; a outra metade deve compreender representantes dos usuários dos serviços do SUS (BRASIL, 1990).

Nesse caso, como ainda não existe no Brasil uma organização própria dos usuários, as entidades representadas nos Conselho de Saúdes são de natureza diversa, destacando-se as associações de portadores de patologias e deficiências

e as associações de moradores de bairros e de favelas. Em muitos Conselhos de Saúde se fazem representar os sindicatos de trabalhadores urbanos ou rurais, agregações, como as das mulheres, e os "clubes de serviço", como o Rotary Clube. Por outro lado, apesar de sua importância central, a medicina empresarial privada, da qual o SUS compra serviços, tem discreta presença nos Conselhos de Saúde (CONASS, 2003).

O tema da representação nos CMS ainda gera muitas controvérsias e se busca mecanismos para alcançar uma paridade igualitária entre os segmentos, bem como a idoneidade dos representantes. Como a denominação "usuário" é vaga, as não raras "falsificações" na representação têm efeitos negativos, tanto em termos da democracia interna quanto em relação à legitimidade do Conselho de Saúde.

A literatura consultada sobre os Conselhos de Saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002) apontou que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Dificuldades derivam também de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas. Por exemplo, de acordo com as normas constitucionais, cabe ao Secretário de Saúde, como representante setorial do Poder Executivo nos estados e municípios, a iniciativa de formular e decidir em seu campo de ação. Assim mesmo, de acordo com a prática vigente, também coube a essa autoridade presidir o Conselho de Saúde.

Tem sido difícil, portanto, evitar que esse gestor imponha suas propostas, manipule as reuniões ou desacate as decisões deliberadas no colegiado dos Conselhos (RIBEIRO, 1997). A isso se soma a complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas “leigas” não têm conhecimento. Isso tem levado a diversas iniciativas de capacitação de conselheiros que, junto com uma espécie de "profissionalização" dos representantes dos usuários, possibilitada pela sucessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, têm permitido que adquiram alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde.

Outro ponto importante no tocante à fragilidade dos Conselhos de Saúde se refere à falta de uma política de educação em saúde. Essa pode ser considerada um alicerce da sociedade democrática assentada na cidadania na medida em que pode contribuir de maneira essencial para que os cidadãos se apropriem dos complexos e contraditórios elementos da realidade e se capacitem para sua efetiva transformação (ASSIS & VILLA, 2003). Constitui-se, por isso, em um dos elementos estruturantes para a efetivação do controle social no SUS. Uma política pública de educação em saúde, que assuma a prioridade e o caráter estratégico da questão, deve buscar reverter o quadro atual em que grande parte dos conselheiros municipais de saúde não sabe o que fazer, mesmo com as poucas informações já disponíveis.

O exercício do controle social sobre a gestão do sistema de saúde foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os Conselhos de Saúde. Porém, essa meta é a mais difícil de alcançar porque implica profundas mudanças na cultura política e cívica do país. De fato, apesar da plena vigência das instituições democráticas, ainda apresentam forte clientelismo político expressado na concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais, criando-se relações de dependência pessoal assimétricas (FIGUEIREDO, 2001). Esses comportamentos estão enraizados na população, em especial na massa pobre, que acata com resignação seu destino. Por isso mesmo, os Conselhos de Saúde, assim como outros colegiados que vêm proliferando nas mais diversas áreas do governo, adquirem importância crucial, já que constituem um espaço único para o desenvolvimento de atitudes comprometidas com os direitos de cidadania e com o interesse geral.

CAPITULO 2 - METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico

O presente estudo é de natureza qualitativa, visto que esta responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; 1994, 2007).

Como a pesquisa visou captar a percepção e as práticas dos conselheiros usuários acerca da participação e do controle social em saúde na RIDE-DF, interessou-nos analisar as seguintes dimensões: o sentido da participação, a organização e o funcionamento do CMS, envolvimento na elaboração dos planos de saúde, os espaços das Conferências de Saúde, a avaliação e o monitoramento realizado pelo CMS, ações intersetoriais desenvolvidas pelos Conselhos e, por fim, as dificuldades e perspectivas do CMS em relação ao seu exercício.

Para tanto, foram utilizadas as categorias analíticas propostas por Pedro Demo e Boaventura Santos para se avaliar os processos participativos (DEMO, 2001; SANTOS, 2005). São elas:

Representatividade da liderança: o processo de escolha, tipos de liderança, a forma de atuação junto à comunidade, reconhecimento e legitimação do seu papel pela comunidade, tempo de exercício da função, entre outros.

Legitimidade do processo: avaliação da forma de construção, bem como a repercussão dos regulamentos, regimentos, estatutos e outros documentos nas falas dos entrevistados. Além disso, será analisada a possibilidade de participação democrática de todos os segmentos envolvidos no processo.

Participação da base: presença ativa dos envolvidos, freqüência das reuniões e outros eventos, capacidade de reivindicação das necessidades em saúde, possibilidade de elaboração de estratégias para resolução de problemas.

Capacidade de auto-sustentação: planejamento auto-sustentado, capacidade de gestão com autonomia, grau de dependência do poder local, recursos próprios, credibilidade pela sociedade, conquistas alcançadas.

Ampliação do experimentalismo democrático: aspectos culturais relacionados às novas gramáticas sociais nas quais o formato de participação vem sendo adquirido experimentalmente, pluralização cultural, racial, etc., e distributiva da democracia.

Esses autores chamam a atenção para a necessidade de avaliar a *qualidade política* e a *qualidade formal*, ambas essenciais para garantir a participação social na formulação das políticas locais de saúde. Avaliar significa compreender as atividades, fatos ou coisas com o objetivo de estimular o seu aperfeiçoamento. Nessa perspectiva, a finalidade da avaliação é melhorar o conhecimento ou as informações sobre as ações desenvolvidas, mas, sobretudo para subsidiar a tomada de decisão; portanto, deve oferecer, de modo explícito, elementos para o aperfeiçoamento da política ou para sua total revisão ou substituição (Demo, 2001).

2.2 Os sujeitos do Estudo

Optou-se por realizar entrevista semi-estruturada com os conselheiros representantes do segmento dos usuários para captar a suas representações, bem como a sua vivência no controle social em saúde no âmbito dos CMS. Como critério de inclusão/exclusão dos sujeitos para entrevista, definiu-se por atuação direta de, no mínimo, três meses no CMS. Foram feitas entrevistas com os usuários dos Conselhos Municipais da Região do Entorno Sul (Águas Lindas de Goiás, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso

de Goiás), do Entorno Norte (Formosa, Planaltina de Goiás, Água Fria, Vila Boa), Região de Pirineus (Cocalzinho, Padre Bernardo, Pirenópolis), Região de Unaí (Buritis, Cabeceira Grande, Unaí) e Distrito Federal, totalizando 17 entrevistas.

Essa modalidade de entrevista permite que o informante aborde livremente o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Nessa perspectiva, é um instrumento que possibilita o diálogo, valoriza a presença do investigador, e permite ao informante maior liberdade e espontaneidade do que um instrumento fechado. O modelo proposto de roteiro encontra-se no anexo 1.

Inicialmente, os usuários foram contatados pelo grupo de pesquisadores, e as entrevistas foram realizadas de forma individual, na maioria das vezes nas dependências dos CMS, ou das SMS.

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de número 110/2005 foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (anexo 2). Depois de explicitado o objetivo da pesquisa aos usuários, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que garante a preservação da identidade e anonimato dos sujeitos, uma vez que se fez necessária a gravação da entrevista.

2.3 O Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido nos municípios que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). A RIDE-DF foi criada em 1998, com o objetivo de promover a articulação interistitucional e intergovernamental com vista ao aprimoramento e ampliação dos serviços públicos essenciais e à promoção de atividades econômicas na região, a fim de estimular a criação de emprego e a geração de renda (fig. 1).

A partir da década de 1950, a economia brasileira passou por intensas mudanças, em que deslanchava o seu parque industrial, intensificando o processo de substituição de importações. Como conseqüência de uma série de mudanças ocorridas no desenvolvimento do próprio capitalismo brasileiro, produziu uma

modificação na sua geografia econômica e social, invertendo a equação demográfica, de um país com forte presença rural para um país crescentemente urbanizado (SCHIERHOLT, 2004).

FIGURA 1. Divisão político-administrativa da RIDE-DF, em 2008.

Fonte: Observatório Geográfico de Goiás, 2008.

Foi nesse contexto de mudança e transformação urbana que Brasília foi construída, exercendo uma forte atração nos fluxos migratórios existentes. Parte dessa massa que se dirigia para a nova capital, pela própria estrutura físico-urbana rigidamente pré-estabelecida, não teve condições adequadas de fixação na cidade e foi obrigada a se fixar além dos limites fronteiriços do Distrito Federal.

Esse fenômeno de transbordamento, ocorrido de forma desordenada e sem planejamento na região do Entorno, provocou um crescimento populacional explosivo com problemas sérios na oferta de serviços e equipamentos urbanos dessas localidades, marcadas prioritariamente pela deficiência na situação de saúde.

Esse processo habitacional não planejado pode ser ilustrado como uma espécie de transbordamento populacional, cuja característica relaciona-se com um afluxo intensivo de pessoas que, necessitando de um local para moradia na cidade e não dispondo de capital suficiente para locais urbanizados e com infra-estrutura urbana e social, vão desbravar terras em áreas onde o custo econômico "tenderia a zero e, por conseqüência, o custo social de neles habitar tenderia ao infinito".

Ao lado desse processo sócio-espacial "espontâneo" alinharam-se interesses especulativos de agentes econômicos – proprietários de terras, agentes imobiliários, empresas de construção civil. Motivados pela pressão da demanda, terminaram por contribuir para a aceleração desordenada da urbanização, pressionando também os poderes públicos municipais por decisões como a permissão da ocupação de áreas não servidas de infra-estrutura mínima, que sempre se revelam posteriormente deseconômicas para o Estado (SCHIERHOLT, 2004).

Dessa forma, proliferam-se os assentamentos ilegais ou irregulares desprovidos de serviços de infra-estrutura e de equipamentos sociais e distantes das oportunidades de ocupação e emprego. Tal dinâmica não só agrava as condições de vida no interior de cada "assentamento", como compromete todos os ativos ambientais que têm impacto sobre a situação de saúde da população. Assim, a expansão urbana vem se processando em ritmo consideravelmente superior à capacidade de transformação econômica do território e, sobretudo, à capacidade de geração de receitas públicas capazes de pagar a conta dos investimentos requeridos.

Deve ser realçado ainda que as mencionadas pressões terminam por incidir sobre administrações locais com níveis de desenvolvimento institucional baixo.

Entretanto, a influencia da expansão e consolidação do Distrito Federal não se limitou a uma ocupação desordenada do tecido urbano que ocorreu, sobretudo, nos municípios contíguos aos limites do DF, ou às relações de dependência de serviços sociais e lazer do conjunto das localidades do entorno em relação à cidade de Brasília, mas estendeu-se também aos municípios mais distantes, redefinindo-lhes o perfil de desenvolvimento econômico e social. (BRASIL, 2003).

2.4 O território da RIDE.

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno tem uma área de 57.169 Km^2 com uma população de 3.392.932 habitantes (IBGE, 2007). Compõem a RIDE, o Estado de Goiás, com vinte municípios; o Estado de Minas Gerais, com três municípios; e o Distrito Federal. A seguir apresentam-se os municípios com o número de habitantes:

Município	Habitantes
Abadiânia (GO)	13.196
Água Fria de Goiás (GO)	4.888
Águas Lindas de Goiás (GO)	178.461
Alexânia (GO)	23.087
Cabeceiras (GO)	7.009
Cidade Ocidental (GO)	50.048
Cocalzinho de Goiás (GO)	18.254
Corumbá de Goiás (GO)	9.998
Cristalina (GO)	41.925
Formosa (GO)	94.400
Luziânia (GO)	194.238
Mimoso de Goiás (GO)	1.996
Novo Gama (GO)	99.773
Padre Bernardo (GO)	25.780
Pirenópolis (GO)	21.243

Planaltina (GO)	102.231
Santo Antônio do Descoberto (GO)	83.090
Valparaiso de Goiás (GO)	128.311
Vila Boa (GO)	3.665
Buritis (MG)	22.078
Cabeceira Grande (MG)	6.608
Unaí (MG)	77.184
Brasília (DF)	2.445.903

Fonte IBGE, Censos e Estimativas, 2007.

Os limites geográficos dessa região foram delimitados e subdivididos em cinco regiões internas: Distrito Federal, Entorno Norte, Entorno Sul, Pirineus e Unaí. Desse modo, a RIDE passou a ser composta pelo Distrito Federal e mais 22 cidades, sendo 19 pertencentes ao Estado de Goiás e três a Minas Gerais, conforme apresentado na figura 1.

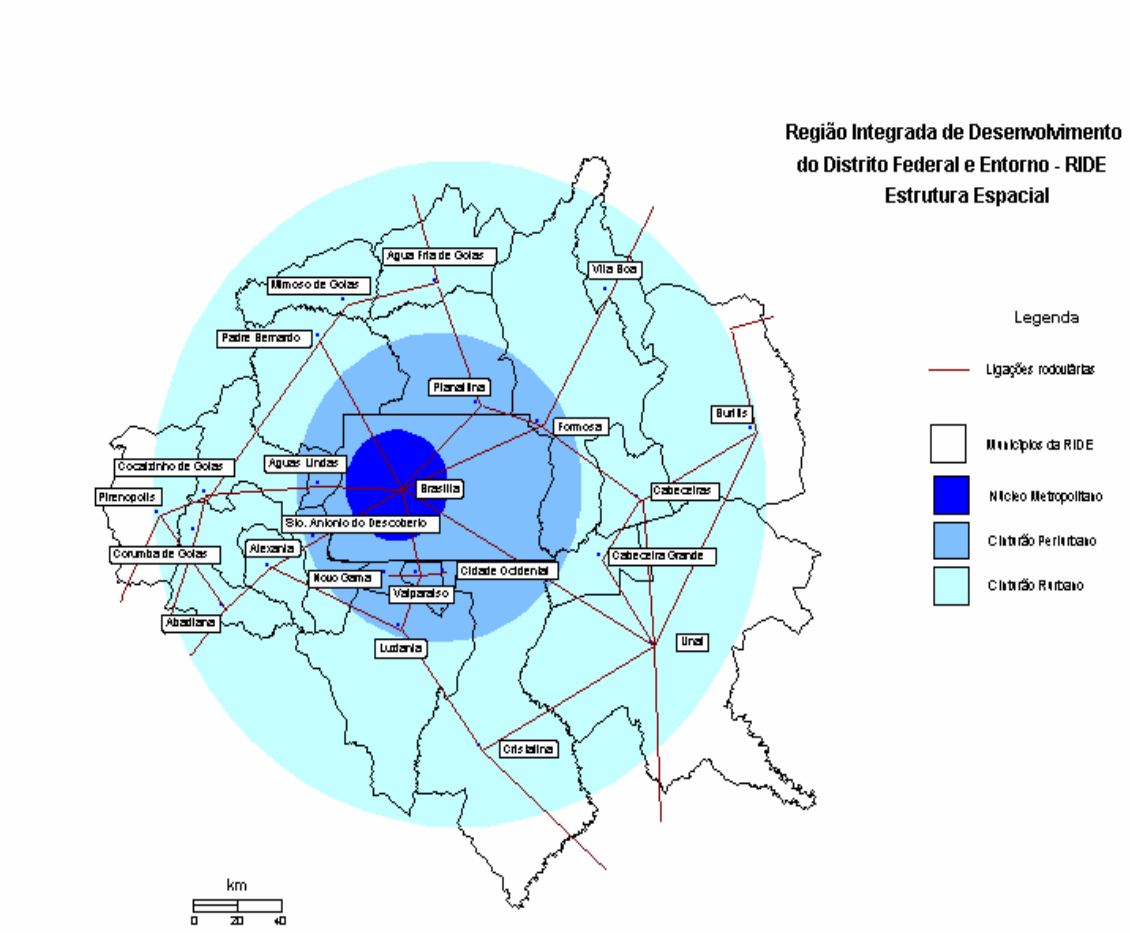
A grande concentração demográfica encontra-se nas áreas em torno dos eixos rodoviários principais. O processo de ocupação desse território determina uma estrutura relativamente heterogênea e descontínua, com uma população urbana caracterizada por um movimento centrífugo. Na medida em que as distancias vão aumentando, a ocupação torna-se mais rarefeita e dispersa dando lugar a usos tipicamente rurais (BRASIL, 2003).

Os indicadores sociais e a distribuição territorial de renda permitem sintetizar a estrutura espacial da RIDE como formada por três porções diferenciadas e bem demarcadas, do centro para a periferia da região (Fig. 2). Cada um desses anéis concêntricos possui distintas características:

O núcleo metropolitano apresenta indicadores sociais favoráveis, devido às condições peculiares de Brasília como capital federal. O anel periurbano apresenta carências visíveis, principalmente quanto aos serviços urbanos básicos, como água canalizada, coleta de lixo e rede de esgotamento sanitário. Constitui-se efetivamente na área que concentra os principais impactos negativos da

expansão urbana desordenada que ocorreu nos últimos 40 anos. O cinturão Rurbano apresenta indicadores que ainda estão marcados pela situação rural de uma parcela significativa de sua população, apresentando baixas taxas de crescimento demográfico e com uma situação intermediaria no que diz respeito aos indicadores de acesso aos serviços urbanos. Nessa porção do território vêm se observando transformações expressivas nas estruturas produtivas que, embora possam acarretar impactos negativos sobre o meio ambiente e a agricultura familiar, representam o aproveitamento de oportunidades econômicas e poderão caracterizar um impacto positivo no processo de consolidação da RIDE-DF.

FIGURA 2. Estrutura espacial anular da RIDE-DF.



Fonte: PRORIDE, 2002.

2.5 Caracterização dos serviços de saúde na RIDE.

Os principais problemas identificados em avaliações feitas pela PRORIDE são relacionados às doenças de primeira infância e aquelas associadas às carências de saneamento básico. Somado a isso, a precariedade da atenção básica na região é um grande problema, que tem sido amenizado de forma insatisfatória pelo deslocamento de pacientes da região periférica para o centro, uma vez que aquela região dispõe de poucas condições de atendimento.

Sobre as internações hospitalares na RIDE, a distribuição etária e por sexo segue a tendência nacional e possui distribuição que se concentra entre as mulheres, nos grupos de idade de 15 a 34 anos de idade. A principal parcela das internações ocorridas no interior da RIDE tem origem dentro dela própria e pouco mais de 7% são provenientes de outras regiões, Brasília e Cocalzinho de Goiás polarizam os municípios atraindo as internações. Sobre o grau de retenção (capacidade de reter os atendimentos em cada município), os municípios atendem de 75% a 100% das internações originadas neles (NEPO, 2008).

No que se refere à qualidade da infra-estrutura física e dos equipamentos instalados no sistema público, há carências e problemas generalizados. Pequena parte dos municípios conta com sistema de saúde complexo, que chega a incluir hospitais públicos e privados e postos de saúde que atendem a uma demanda espontânea de serviços de urgência, internação e ambulatório médico com diversas especialidades. Entretanto, há necessidade de contratação de profissionais da área, bem como as carências no suprimento de equipamentos, materiais e remédios para os hospitais e os postos de saúde.

2.6 Análise dos Dados

Para auxílio na análise dos dados obtidos nas entrevistas, utilizou-se o *software* ALCESTE (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto) em sua versão 4.7, que foi desenvolvido na França por M. Reinert. O uso da informática para a análise de dados textuais tem forte tradição na França.

Análise de dados textuais (ou estatística textual) é uma metodologia que visa descobrir a informação essencial contida em um texto. O ALCESTE é um exemplo de *software* de análise de dados textuais.

2.6. Sobre o ALCESTE

É válido salientar que as etapas operacionais do ALCESTE são aqui mencionadas com maior profundidade a propósito, uma vez que, apesar do *software* ser bastante empregado em pesquisas no âmbito da Psicologia Social, ainda há um desconhecimento acerca da sua utilização e operacionalização na saúde coletiva. É válido ressaltar que o *software* Alceste tem contribuído de forma significativa nos estudos das Representações Sociais, tendo em vista que possibilita uma interpretação de um volume considerável de dados textuais, bem como a possibilidade da triangulação de dados qualitativos e quantitativos.

O referido programa, além de permitir uma análise lexical quantitativa que considera a palavra como unidade, também oferece a sua contextualização no *corpus* ou entrevista.

O ALCESTE é uma técnica de análise de dados textuais que possibilita a exploração da estrutura e a organização do discurso dos atores sociais, bem como permite o acesso às relações entre os universos lexicais que, possivelmente, seriam difíceis de identificar com o uso da análise de conteúdo tradicional (REINERT, 1990). O *software* ALCESTE realiza, de maneira automática, a análise de diálogos, de questões abertas de enquete socioeconômica e/ou de um conjunto de textos diversos. O objetivo é obter uma primeira classificação estatística de enunciados simples do *corpus* estudado, em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, a fim de apreender as palavras que lhes são mais características (REINERT, 1990).

Inicialmente, foi formatado o banco de dados das entrevistas, cujas etapas operacionais são resumidas a seguir:

Cada entrevista é composta por conteúdos semânticos, de acordo com o banco de dados ou *corpus* a ser analisado pelo ALCESTE. Para formatação do

corpus, foi realizado um único arquivo digitado no Word for Windows 2000, salvo no tipo texto-txt. As linhas de comando foram digitadas antes de cada conteúdo semântico da entrevista, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI), que diz respeito às respostas que os atores sociais mencionaram frente à pergunta norteadora. Nas linhas de asteriscos ou de comando foi digitada a variável descritiva "região".

Após a formatação do *corpus*, seguiu-se a análise no *software* Alceste, que envolve quatro etapas operacionais:

• A primeira etapa prepara o material para os cálculos posteriores reconhecendo as Unidades de Contexto Inicial (UCI), que são as próprias entrevistas. Por sua vez, as UCI são divididas em segmentos de texto, denominadas de Unidades de Contexto Elementar (UCE), as quais são dimensionadas em função do tamanho do *corpus* e da pontuação.

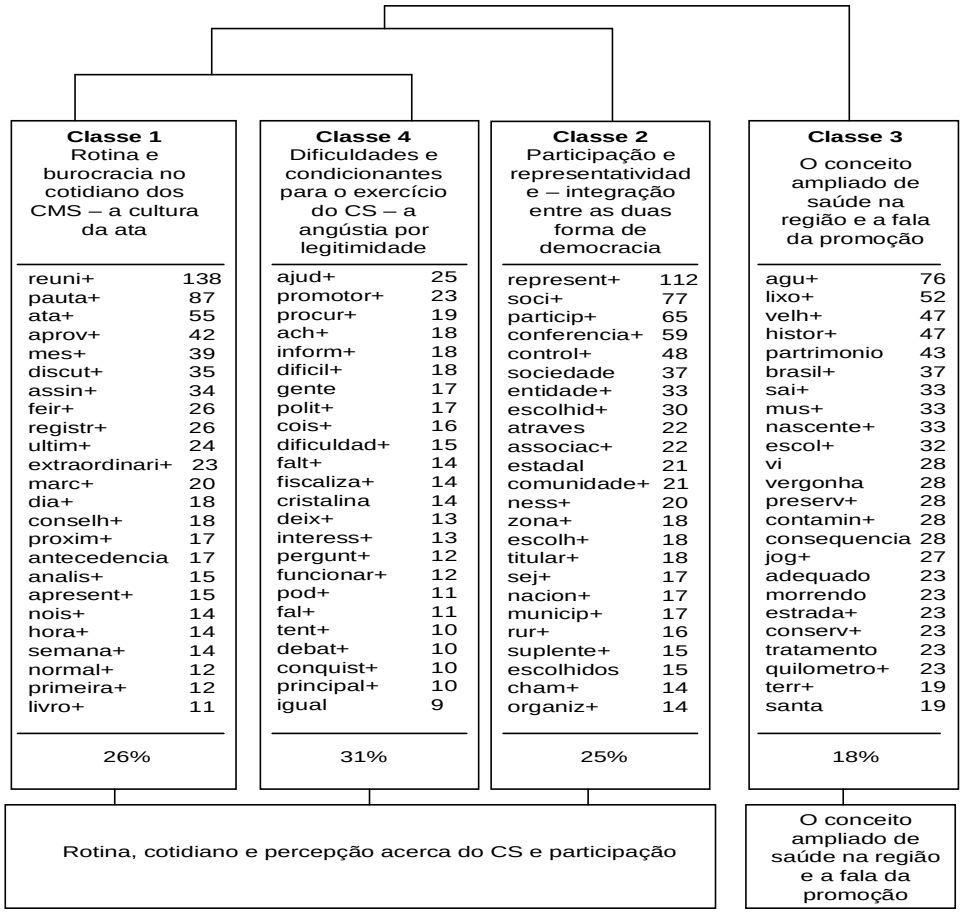
• A segunda etapa se caracteriza por cálculos que têm a finalidade de classificar as UCE a partir da distribuição das formas reduzidas, representadas por palavras ou léxicos que elas apresentam. Nessa etapa é utilizado o método de classificação hierárquica descendente, o qual consiste em se dividir as UCE em duas classes, em função do vocabulário que as constitui, de maneira que se obtenha o maior valor possível numa prova de associação (qui-quadrado).

• Na terceira etapa o programa executa cálculos complementares para cada uma das classes obtidas na etapa anterior, com o objetivo de permitir uma descrição delas.

• Na quarta etapa são fornecidas as UCE mais características de cada classe, possibilitando que se disponha do contexto de ocorrência do seu vocabulário.

A análise estatística efetuada consiste em uma Classificação Hierárquica Descendente (CDH), destinada a calcular as partições em classes lexicais e apresentar suas oposições sob a forma de uma árvore – dendograma (Figura 3 e anexo 3).

FIGURA 3: Classificação hierárquica descendente



O *software* preparou 4 classes para análise com as seguintes características: classe 1 com 113 unidades elementares (26%); classe 2 com 108 unidades elementares (25%); classe 3 com 76 unidades elementares (18%); e classe 4 com 131 unidades elementares (31%). As classes 1, 2 e 4 formam um grande bloco (82%) que versa sobre o cotidiano dos CMS. A classe 3 forma outro bloco que trabalha com uma visão que pode ser analisada sob a ótica da promoção da saúde. A relação entre as classes 1 e 4 é de 0,40; e destas com a

classe 2 é de 0,10. E a classe 3 não está relacionada com nenhuma delas. Então se efetuou a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), a qual permite visualizar, sob a forma de um plano fatorial, as oposições resultantes da classificação hierárquica descendente.

CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E CARACTERIZAÇÃO DAS CLASSES

3.1 Classe 1: Rotina e Burocracia no Cotidiano dos CMS – a Cultura da Ata

Esta classe apresenta um discurso típico dos usuários da região de Pirineus. Nessa classe os discursos dos sujeitos estão organizados em torno das práticas e do funcionamento dos CMS, que estão fortemente centrados na rotina e na burocracia que fazem parte do seu cotidiano.

Os usuários relatam que na maioria dos CMS existe organização e regularidade das reuniões, que geralmente ocorrem uma vez ao mês. Eventualmente são realizadas reuniões extraordinárias.

> As reuniões são todo mês, e todo mês. Toda primeira quarta-feira do mês. Então, aí é uma seqüência de conversas, de entrar em acordo, de ver o que tem que resolver ou se não resolveu. (Suj. 54)

Entretanto, os usuários comentam que em alguns municípios não existe regularidade das reuniões, podendo ocorrer a cada 90 dias, ou de forma extraordinária para atender as solicitações da SMS.

> Não, aqui sempre os conselheiros se reúnem, mais ou menos, não tem uma data efetiva, mais ou menos assim noventa dias. Em caso extraordinário, às vezes acontece de assistir uma reunião, ter uma reunião, que tinha que receber uns aparelhos, foram montados uns postinhos, então fez uma extraordinária. (Suj. 49)

Os usuários relatam que em municípios menores os Conselhos não fazem as reuniões com regularidade sob o argumento de que, devido à proximidade geográfica, as trocas de informações entre os conselheiros e membros da secretaria ocorrem mais facilmente.

> E, também, estamos sempre tendo informações com o Secretário ou com a moça que coordena, estamos sempre perguntando como está sendo. E como o lugar é pequeno, é muito fácil, às vezes, nem fazemos reunião, mas sempre quando é feita reunião isso é levado em pauta. (Suj. 51)

Alguns usuários vocalizam que, apesar de ser uma rotina o encaminhamento das pautas com antecedência aos conselheiros, ocorre desrespeito do presidente

do CMS junto aos conselheiros, no que tange ao encaminhamento prévio da convocação da reunião com as pautas a serem discutidas, resultando em pouco tempo para aprovação e debate.

> Inclusive numa reunião pra analisar e depois assinar. Então vai analisar primeiro pra colocar a decisão numa reunião seguinte. Acho que é difícil você analisar um documento sem analisar. Geralmente o pessoal traz aqui e convoca o pessoal aqui pra assinar. (Suj. 31)

Alguns conselheiros usuários demonstraram que não corroboraram com esse tipo de prática e exigem que os seus presidentes encaminhem as pautas com antecedência para que tenham tempo suficiente para discussão mais aprofundada dos diversos assuntos e posterior aprovação.

> Nós não aceitamos esse tipo de coisa. Graças a Deus, pelo menos nisso aí o conselho é unânime nesta questão. Então essa é a forma. Quando convocam os conselheiros, vai ao edital de convocação, vai explicando, vai ao formulário junto com a convocação para que a pessoa leia, entenda e, até porque, se tiver algum dado novo para ser incluído dentro daquela pauta. (Suj. 05)

> Nós não aprovamos a toque de caixa. Esse ano não foi aprovado nada ainda e ele queria que nós aprovássemos a toque de caixa e nós não aceitamos. Então nós queremos um material pra que a gente tenha tempo suficiente, pelo menos uma semana ou duas pra analisar os processos, porque não é só chegar aqui assinar e aprovar assim. (Suj. 17)

Observa-se que nesta classe os usuários demonstram também que os CMS enfatizam demasiadamente a importância dos registros nas atas. O viés burocrático (cultura da ata) é tão forte que é presente até mesmo na relação usuário e entidade representada, nos casos quando pessoas da entidade se fazem presentes nas reuniões.

> A gente faz representar a nossa entidade, é uma pessoa daquela entidade para ficar junto com eles do Conselho. Então a gente é um participante. Convida, é lavrada uma ata, é registrada uma ata, e registrada no cartório, a gente tem. A gente tem que assumir essa responsabilidade, e pelo registro de uma ata ainda. (Suj. 11)

> Todas as atas têm resoluções, todas as reuniões são com resoluções. Fica à disposição de todos os conselheiros, o que eles quiserem ouvir e o que eles quiserem ver e discutir tem na ata, qualquer problema que eles vejam eu estou aqui à disposição em expediente normal. (Suj. 15)

Em relação à capacitação para atuação no CMS, é comum ela se dar, na prática, por meio dos conselheiros mais antigos, que repassam informação para os recém-chegados, principalmente a parte burocrática do funcionamento dos CMS.

> Um que é mais antigo explica o porquê daquilo, porque aquela verba veio, qual é a necessidade de aprovação, têm alguns leigos. Aí a gente vai discutir aquilo ali pra que seja aprovado em ata. No momento da reunião. Nunca é aprovado na hora, e, sim, numa segunda reunião extraordinária. (Suj. 21)

Devido à falta de capacitação e de uma preparação para o exercício do cargo, os usuários se atêm à função mais burocrática do seu leque de atribuições, com o discurso fortemente caracterizado pelo o que podemos chamar aqui da "cultura da Ata".

> Porque se eu disser para você, eu acho que de todos os Conselhos que foram montados, nenhum teve um conhecimento profundo. Se vêm, por exemplo, duzentos mil reais para um hospital, se realmente foi gasto, o que não foi gasto. Com esse novo Conselho já foi citado em ata, que é pra prestar essas contas pro novo Conselho, pra gente acompanhar. (Suj. 21)

Quanto a outras práticas desenvolvidas pelos CMS, há orientação para que os conselheiros façam visitas regulares aos estabelecimentos de saúde, com o registro formal dos locais e horários visitados. Essa orientação visa dar maior visibilidade ao CMS.

> Nós sugerimos que eles marcassem suas visitas e documentassem marcando dia e hora, se possível até o tempo que a visita durou, para ter mais contato. É simples, só para ter um registro e uma garantia de como está sendo visitado. Hoje o Conselho está tendo um privilegio de estar bem conhecido por seu trabalho, e não pode ficar parado, isso não resolve. (Suj. 51)

Os usuários relatam ainda que existe a intenção de uma atuação mais próxima dos conselheiros com os profissionais e com propostas articuladas mais diretamente com os usuários.

> A nossa intenção é de atender juntamente com os profissionais da saúde tentando colocar mais em prática, e o Conselho está trabalhando muito para levar essa proposta diretamente com os usuários. (Suj. 51)

No depoimento abaixo se verifica que em alguns municípios já se iniciam algumas parcerias entre os profissionais e Conselhos de Saúde para resolução de problemas específicos da população local.

> Ultimamente, por exemplo, tivemos um caso num um determinado local, com um agente de saúde, e a primeira reunião do Conselho discutiu o problema e foi muito bem finalizado. (Suj. 51)

A análise das denúncias também faz parte da rotina dos conselheiros. A população é incentivada a apresentar os problemas relacionados ao atendimento para o CMS, por escrito. Quando isso ocorre, geralmente os vereadores chamam o Secretário de Saúde e os técnicos da saúde para a apuração dos fatos.

> Denúncias, porque têm muitas denúncias, essas são apuradas e a gente vê se tem fundamento e faz por escrito com a identificação do denunciante e, a partir daí, serão formuladas as pautas. (Suj 15)

> Agora os vereadores chamam de imediato, lá na câmara, o secretário, os médicos pra se explicarem, o que foi que aconteceu de errado. Bem, eu já disse que na última reunião o Conselho tem que ficar mais unido, fazer duas reuniões por mês, pra que a gente possa acompanhar de fato os problemas da saúde do município. (Suj. 21)

Outra prática do CMS diz respeito à fiscalização das contas públicas em saúde. Uma das formas utilizadas para a fiscalização das contas é o exame do extrato do balancete de gestão, com os recursos discriminados principalmente na Atenção Básica, que é apresentado pela Secretaria de Saúde. Os usuários relatam que dessa forma podem tomar conhecimento da aplicação dos recursos.

> Nesse extrato vem discriminado quanto vem pra atenção básica, todos os valores, e daí eu vejo no que foi gasto. E, quem comparece, sim. Até porque as reuniões são feitas durante a semana e alguns comparecem, outros não. Mas os que comparecem têm o conhecimento de que é feito dessa forma. (Suj. 15)

A análise e a formulação do novo plano de saúde são feitas por uma comissão, geralmente composta por dois ou mais conselheiros, que se debruçam sobre o plano antigo para acrescentar novos pontos. A estratégia para elaboração do novo plano é muitas vezes baseada no crescimento populacional. Não existem critérios definidos para ações fundamentadas nas necessidades de saúde da

população. Os conselheiros se utilizam da informação dos profissionais de saúde que trabalham na rede para proposições no plano de saúde.

> Geralmente é colocado um ou dois conselheiros para trabalharem no plano. É feito de acordo com o plano anterior, nós vamos vendo as necessidades, a demanda que cresceu de ontem para hoje, se podia trabalhar desta forma. Porque nós temos um plano hoje com uma demanda que cresceu aí, mil habitantes a mais. Então, nós geralmente discutimos essas pautas desta forma. Temos pessoas dentro dos hospitais, alguns médicos e psicólogos que nos ajudam com informações e nas discussões que faremos. (Suj. 15)

Percebe-se que os usuários vocalizam um componente fiscal e contábil muito forte na rotina dos CMS. De acordo com a proximidade e a familiaridade dos conselheiros com o tema, eles são escolhidos para examinar os documentos encaminhados pela SMS. Existem relatos de conselheiros que foram escolhidos inclusive pelos conhecimentos na área contábil, sugerindo inclusive que esse profissional tem certo *status* dentro do CMS devido à especificidade do seu conhecimento.

> Fui convidado para participar do conselho há sete meses atrás, pois havia necessidade de conselheiros. A minha área é a área de contabilidade. Venho trabalhando já faz muito tempo, tenho certa experiência de dezenove anos na função, trabalho em Brasília e aqui em santo Antonio eu sou comerciante (Suj. 21)

A Classe 1 indica ainda que, de modo geral, há boa relação dos presidentes de conselho com os usuários, há relatos que as decisões tomadas são de comum acordo entre os membros do CMS. Segundo os usuários, os gestores presidentes dos conselhos têm um discurso apaziguador, no qual relatam boa vontade e disponibilidade para atender as queixas e esclarecer as dúvidas dos usuários.

> O que for aprovado e que será encaminhado, nós não fazemos, nem o presidente, nem ninguém nunca fez até hoje nada arbitrário a não ser em comum acordo com o conselheiro. (Suj. 05)

Nesta classe há também relatos sobre estratégias para fomentar a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde. Em alguns municípios a população é convocada para reuniões abertas quando o assunto é percebido com maior interesse pelos conselheiros. Os CMS utilizam-se das mais variadas estratégias para a comunicação com a população.

> Quando precisa de mais popularidade, nós antecipamos a reunião na última quinta-feira do mês, por uns quinze dias nós comunicamos com um carro de som na rua a necessidade da presença da população e o que será discutido em pauta. (Suj. 21)

Outro componente tido como essencial para a melhor atuação dos CMS, devido à falta de participação mais ativa da comunidade nas questões relativas à saúde da população, diz respeito à necessidade de maior aproximação com a comunidade.

> Aí digo o que está acontecendo e tem gente que tem interesse em saber, mas outros eu começo a falar e eles viram as costas e saem. Não conseguem fazer. Inclusive, eu até já falei com a presidente de marcar umas reuniões nos bairros, dividir, sabe? Faz uma semana num bairro, outra semana faz no outro lá. (Suj. 31)

Os usuários demonstram que em seus municípios todas as deliberações aprovadas no Conselho e nas assembléias são divulgadas para a população. Também são divulgadas ações que os conselheiros consideram como avanços na gestão, como no caso da inauguração de novas unidades de saúde.

> Tudo que é aprovado no Conselho, nas nossas assembléias, na nossa reunião de diretoria e depois em assembléia, nós apresentamos para a população, inclusive os benefícios que têm como quando nós inauguramos aqui os PSF que eu apresentei para a comunidade. (Suj. 5)

As conferências de saúde são percebidas como um dos poucos espaços com potencial para capacitação e orientação dos CMS. O diálogo e a troca de experiência com o gestor também é apontado como algo positivo para a atualização dos usuários.

> Depois daquela conferência, saímos de lá com a convicção que o conselho funcionaria daquela maneira muito adequada. Todos que estavam lá no momento sentiram que foi uma capacitação, foi o primeiro passo, por sinal, muito bem dado. (Suj. 51)

3.2 Classe 4: Dificuldades e Condicionantes para o Exercício do Controle Social – A Angústia por Legitimidade

Nessa classe, inicialmente os usuários relatam um isolamento do seu segmento dentro dos CMS, há queixas da relação com os gestores e prefeitos,

que muitas vezes não os recebem sequer para audiências. Sentem-se desprestigiados, pois, na sua visão, os maiores avanços na área da saúde são em decorrência da atuação dos CMS.

> Infelizmente, também, eu marquei três reuniões com o prefeito, três vezes eu procurei falar com o prefeito e ele não me respondeu. Quer dizer, ele não me recebe nem pra dizer não. Então essa é a maior dificuldade, eu acho que tudo que a gente está vivendo hoje é conquista do Conselho de Saúde. (Suj. 11)

Acerca de sua atuação, os conselheiros relatam dificuldades geradas pela falta de conhecimento sobre os diversos problemas sociais, bem como que se sentem angustiados pela perene falta de verba não só na área da saúde, como nas demais áreas sociais.

> Assim, porque tudo que a gente vai fazer a gente depara muito na falta de conhecimento de causa mesmo, e se você vai tentar resolver um problema social, o social não tem verba, se você vai tentar resolver um problema de saúde, a saúde não tem verba. (Suj. 46)

Algumas falas dessa classe reiteram o problema da ausência de um processo de qualificação dos CMS. Os conselheiros sentem que falta de capacitações tem gerado morosidade nos processos do conselho.

> Nenhuma capacitação. Eu deixo a desejar, a gente sente que está precisando disso, o Conselho, isso que você colocou agora há pouco, dessa capacitação mesmo pra cada um saber o papel mesmo que ele tem dentro do Conselho, eu acho que a gente trabalha às vezes muito devagar, muito como uma necessidade, uma coisa às vezes até imposta. (Suj. 46)

Além disso, os usuários relatam que as secretarias de saúde não disponibilizam nenhum recurso financeiro para o funcionamento dos CMS. Comumente os CMS não possuem infra-estrutura básica como recurso humanos e equipamentos.

> Eu acho muito interessante essa questão das verbas que são colocadas. Se tivesse uma pessoa e um computador pra estar olhando ali, o que é que custava ao prefeito dar uma ajuda de custo pra poder manter uma secretária ali, por conta daquilo. (Suj. 11)

Nessa classe, revela-se ainda que, para alguns conselheiros, existem vários interesses dentro dos CMS que vão além da atuação em prol da comunidade. Alguns conselheiros contam que entraram no Conselho buscando trabalho. Já

outros entraram para cumprir apenas a obrigação legal de haver representantes de usuários nos CMS. Como conseqüência desse processo, o trabalho do Conselho fica depositado para algumas pessoas que são mais compromissadas com o coletivo.

> Outros com segundos interesses, igual ao que eu estou te falando, que eu procurei o Conselho porque eu estava precisando trabalhar, pra ver se eu conseguia, e outros, assim, porque precisa ter o Conselho, então, ele existe, mas na verdade deixa a desejar. Geralmente é dez, fica mais acima de dez, não há, assim uma interação. (Suj. 46)

Outro ponto tido como dificultador para o exercício das atribuições dos conselheiros são as influências político-partidárias no município, podendo influir negativamente na atuação dos usuários. Estes se sentem muitas vezes constrangidos quando os candidatos apoiados por eles perdem as eleições.

> Mas a maior dificuldade é essa, é a oposição política, porque às vezes a gente se envolve com um candidato que perde, e outro entra, e, às vezes, a gente não tem condições de falar. (Suj. 11)

Os rodízios resultantes das nomeações político-partidárias dos Secretários de Saúde também se fazem sentir de outras maneiras dentro dos CMS. Os conselheiros percebem que falta renovação dos seus membros, principalmente quando há troca dos gestores resultante das eleições e acordos políticos. Inferem ainda que, dependendo do grau de envolvimento do conselheiro nas atividades, podem continuar no CMS independente dessa rotatividade.

> Infelizmente isso aí não e só em Cristalina. Infelizmente o Conselho de Saúde atua dois anos com uma gestão, dois anos com outra, e quando a gente participa, a gente vai ficando. (Suj. 11)

Esta classe também evidencia a informação sobre os direitos da população como um dos maiores problemas a ser enfrentado pelo CMS. Associada a essa questão, os usuários referem-se ao contato mais próximo com a comunidade como uma das maneiras para viabilizar as informações junto a ela.

> Procuram-me, principalmente na parte de informação. Eu acho que nosso povo é muito mal informado, muitas vezes não sabem nem os direitos que têm. E eu sou uma pessoa que gosto muito de estar no meio do povo. (Suj. 11)

Existe pouca divulgação das atividades e do papel dos CMS, o que, na visão dos usuários, justifica a baixa participação da comunidade. Devido à falta de incentivo para uma maior participação, há usuários que afirmam que os Conselhos operam apenas para cumprir a lei.

> Eu acho assim, que deve haver uma melhor divulgação mesmo(...) tem muito pouco, quando tem uma reunião convida, não vem ninguém, exatamente por isso Procura, mas é dessa forma que eu te falei, acho que não há um incentivo, e acaba sendo apenas um cumprimento.

Não existe um fluxo definido dentro dos CMS para mediação das demandas da comunidade e destas com a SMS. Os conselheiros são acionados diretamente para resolver os problemas da população, ouvem e debatem esses assuntos no Conselho para levar uma resposta ou dar providência a estas demandas.

> Ou alguém vem a mim para pedir a ajuda pro Conselho para poder resolver aquilo. Então eu sou obrigada a ouvir das pessoas, debater aqui e levar a resposta do que eles acham e do que não acham, do que é que tem que ser feito. (Suj. 54)

Em relação às informações em saúde, os usuários relatam que não atuam diretamente nessa ação, mas que sentem que são um elo de informação importante para a população. Existe a percepção de que as informações em saúde são desenvolvidas no dia-a-dia pelos agentes comunitários de saúde, agentes de endemias e pelos postos de saúde.

> Mas não é uma coisa assim informativa: ah, aconteceu aqui eu levo pra lá não. É na medida do necessário. A gente fica praticamente como um meio de informação. É mais no dia-a-dia, através principalmente dos agentes de saúde, dos agentes da dengue, tem outra coisa, pela procura nos postos de saúde. (Suj. 11)

Esta classe demonstra ainda um discurso que relaciona de maneira vigorosa o setor saúde às outras áreas da administração pública direta, e destas com o legislativo local. Os usuários sugerem que o setor saúde pode contribuir mais na administração pública do município e relatam avanços na articulação com a Câmara de Vereadores na questão da vigilância em saúde. Também gostariam de contribuir mais diretamente junto ao gestor para o enfrentamento das questões de saúde.

> O pessoal que está trabalhando na área da saúde é pra levar a conhecimento, principalmente pra administração pública ver o que está sendo feito. Ao mesmo

> tempo em que ele pediu para os vereadores mudarem a vigilância também, pra quando surgir algum problema, procurar a secretaria pra gente poder ajudar. (Suj. 11)

Apesar dos problemas relacionados aos CMS, os usuários entendem que a prestação de contas pelo gestor, na área da saúde, para os conselheiros é um grande avanço. Vocalizam ainda que se os outros setores da política pública tomassem essa iniciativa, a população estaria mais bem conscientizada.

> O que eu acho mais interessante, o que eu vejo como avanço muito grande, eu ainda falo que se o Poder Público prestasse contas como a Secretaria de Saúde presta contas pra gente, seria excelente, porque a gente tem consciência de tudo. (Suj. 11)

Ainda na relação para fora do Executivo, para os conselheiros, a autonomia do Judiciário e do Ministério Público é parcial. Os usuários apontam a dificuldade do trabalho de fiscalização por conta disso.

> É o que acontece, infelizmente, o Poder Judiciário e o Ministério Público, eles têm autonomia própria, mas isso aqui não funciona, ninguém sustenta. O Poder Judiciário e o Ministério Público aqui somos nós, a comunidade que pagamos nossos impostos. E isso dificulta o trabalho de fiscalização. (Suj. 18)

Já a articulação entre prefeitura e legislativo local, para os usuários, facilita a atuação dos conselheiros, principalmente por diminuir o isolamento destes.

> Nós temos uma parceria muito boa, da administração, do prefeito, da Câmara com a saúde, então eles andam no mesmo caminho, então é por isso que fica muito fácil para nós, porque existe uma união muito grande. (Suj. 54)

Os potenciais conflitos entre os segmentos representados não são percebidos como algo dificultador dentro dos CMS. Os usuários não se sentem antagonistas dos profissionais da saúde ou do gestor, para eles, os interesses são os mesmos e não deveria haver maiores embates. Também incluem a promotoria pública nessa relação entre os integrantes do Controle Social.

> Os meus interesses são os mesmos interesses deles, então eu não tenho nenhum conflito com o pessoal da saúde, com muita seriedade. O presidente é, não é fácil; o presidente do Conselho é muito competente e não deixar passar por nada e depois nós temos ainda o promotor. (Suj. 54)

Os conselheiros trabalham em relativa harmonia e sem rivalidades, acreditam que apenas com a mobilização de todos (promotores, veterinários, etc.) e das autoridades competentes podem solucionar os problemas da comunidade.

> Nós conversamos o que tem que ser acertado, inicialmente, porque todos eles trabalham para um bem em comum, na mesma direção; então aqui, não têm rivais. Nós temos a presença muito do promotor, dos veterinários. Quando a gente precisa, a gente vai atrás, nós vamos atrás e nós vamos atrás da autoridade competente naquele assunto e eles vêm e nos ajudam. (Suj. 54)

Os conselheiros acreditam que atuar de forma unida traz mais força para o exercício das suas atribuições, mais até mesmo do que a atuação isolada da SMS.

> O que ele pode fazer, onde ele consegue entrar, porque eu sei que em um Conselho unido ele pode conseguir muito mais do que eu ao lado da secretária ou qualquer um assim. (Suj. 46)

Ainda relacionado a um trabalho mais integrado, os usuários sentem falta de uma atuação mais regional dos gestores, com informações mais unificadas na RIDE sobre violência, atendimento hospitalar e outros.

> Porque primeiro nós queríamos muito montar, tínhamos que montar, junto com o prefeito, a RIDE tinha que fazer isso, era montar um escritório de informações. Então nós temos todas as informações de crimes, por exemplo, teria ali todo o relatório das denúncias, no hospital também, todos os atendimentos, principalmente nessa área de menores. (Suj. 11)

Os usuários se queixam ainda que não há tempo adequado para a fiscalização dos gastos pelos conselheiros. Geralmente cada conselheiro pega um lote de documentos referentes às contas para análise, que no mês subseqüente é repassado à outro conselheiro.

> Não dá tempo da gente olhar, não dá tempo da gente fiscalizar. Em se tratando de fiscalizar os gastos, o Conselho não tem como fiscalizar os gastos, não tem. É pouco tempo. Então naquele pacote de notas, de gastos, é passado pra todos os conselheiros. Geralmente cada um pega uma pasta por um mês pra dar uma olhada, depois passa pro outro. (Suj. 11)

Apesar de não abordar os temas debatidos nos CMS diretamente, essa classe faz breve menção aos assuntos que também fazem parte do cotidiano dos Conselhos, mais notadamente relacionados ao modelo de atenção da região. Um

dos grandes problemas avaliados pelos usuários é o acesso aos serviços e, principalmente, aos exames, que cresce na medida da exigência de outras especialidades.

> Da população, é o acesso aos exames mais difíceis, mais como que a gente fala. Digamos que não temos aqui, que aqui a gente tem pouca coisa, pouco exame de sangue, se apresenta uma especialidade diferente, é difícil conseguir. (Suj. 46)

Outro exemplo dos assuntos abordados pelos CMS são os hospitais municipais, que são vistos como problemáticos, inclusive abrigando os funcionários menos qualificados da rede de saúde, quando estes não trabalham bem nos outros locais, são lotados nos hospitais.

> Pra você ter idéia, o hospital de Cristalina, como é mantido pela prefeitura, pro hospital iam mais funcionários que não prestavam, que estavam com problemas de saúde, que não serviam pra outros locais, então mandavam pro hospital. (Suj. 46)

3.3 Classe 2: Participação e Representatividade nos CMS –integração entre as duas formas de democracia

Esta classe apresenta um discurso típico dos usuários da região de Pirineus e do Distrito Federal. Nessa classe, o discurso dos sujeitos está organizado em torno da escolha dos conselheiros e das fragilidades dessa representação e das possibilidades da participação direta, principalmente por meio das Conferências de Saúde. Trata também de questões relacionadas à composição dos CMS, bem como as representações dos usuários acerca do controle social e da participação em saúde.

Aqui, os usuários iniciam a classe fazendo constantes referências à lei que respalda a sua representação nos CMS. Eles falam da Resolução 333, que define a composição dos segmentos representantes (gestores, prestadores, trabalhadores e usuários), no Conselho de Saúde.

> Essa lei trata da organização dos Conselhos, então tem representantes dos usuários, que são eleitos em dois momentos, por exemplo, têm os representantes da comunidade, das associações populares. (Suj. 3).

Além disso, nessa classe fala-se sobre o processo de escolha dos diversos segmentos dos usuários que devem compor o CMS, conforme também determina a Resolução 333.

> E os outros também são eleitos em seus seguimentos. Por exemplo, o conselheiro representante dos usuários através da unidade das doenças patológicas, das patologias. Eu acho que também tem os representantes dos trabalhadores e do governo, que representam a gestão. Então é assim a composição do Conselho hoje. (Suj. 3)

Entretanto, os usuários demonstraram que o processo de escolha dos representantes dos usuários tem sido bastante limitado. Há municípios em que esse processo se dá apenas por meio de encaminhamento de oficio à entidade solicitando a indicação de um representante para o CMS. Além disso, evidencia-se que os mesmos representantes costumam ficar muito tempo no CMS.

> Então é escolhido assim, cada entidade escolhe um representante e manda um titular e o vice pra substituir o titular qualquer hora. Agora, nesses últimos seis anos não teve nenhuma, anteriormente teve, mas nesses últimos não. Ah! Aí é assim: a gente tenta dar o melhor, mas é. (Suj. 57)

> Tem que levar pro Conselho pra ser analisado. Ser melhorado e tudo mais. Seis anos! Seguidos assim, são escolhidos através do... eles mandam ofício pra entidade, e a entidade, na... e. no caso eu era presidente, então veio eu e o Vicente, que era o secretário do sindicato. (Suj. 57)

Como visto anteriormente, em muitos casos a renovação dos conselheiros na RIDE-DF se dá de forma bastante lenta, inclusive com os suplentes sendo eleitos mediante a saída dos titulares. Sobre os suplentes, eles atuam muitas vezes na linha de frente, trabalham diretamente quando são acionados para substituírem os titulares nas atividades dos Conselhos.

> Como suplente eu atuei como se fosse titular, atuei mesmo, tive um papel que eu diria preponderante nesse período. E fui agora reeleito, dessa vez como titular, na Conferência de Saúde do trabalhador, que houve agora, ano passado, e foi um contingente maior de delegados. (Suj. 57)

Evidencia-se, ainda, que, devido à falta de participação mais ativa das instituições nos CMS, a escolha de seus representantes fica prejudicada. A escolha das instituições que serão representadas no Conselho não segue critério definido em alguns municípios. Muitas vezes, para comporem os representantes

dos segmentos dos usuários, se baseiam nos catálogos da Assistência Social que contêm a relação das instituições disponíveis. Entretanto, existem alguns requisitos como as instituições serem de interesse público e constarem no cadastro nacional de pessoa jurídica. Além disso, muitos usuários estão atentos ao fato destas trabalharem, ou não, em favor da comunidade.

> Então, é dessa forma que fazemos a eleição do Conselho, são escolhidas as instituições, os suplentes e os titulares. Existe, inclusive, já fizemos uma por Luziânia, e se não me engano, fizemos uma em Goiânia. Só que essa de Goiânia eu não participei. (Suj. 18)
>
> Geralmente é muito difícil eles virem, realmente são só mais as instituições que representam o Conselho de Saúde, então a gente comunica todas as ações do município, através da ação social que tem um catálogo das instituições do município, a gente avisa a elas, e aí fazemos a eleição. (Suj. 18)
>
> Aquelas instituições mais bem votadas entram para o Conselho. Mas elas têm que ter também utilidade pública municipal, cadastro nacional de pessoa jurídica, tem que provar que realmente trabalha, que está prestando serviços à comunidade. (Suj. 18)

Todavia, os conselheiros demonstram que o processo de escolha dos representantes de usuários é mais abrangente em alguns municípios. Nesse sentido, percebe-se que eles consideram que a eleição para escolha dos representantes é importante, principalmente envolvendo segmentos mais amplos de representação das entidades populares.

> Então lá eu fui eleito com votação muito boa, eu e a outra conselheira ..., que hoje é presidente da CUT, então nós fomos eleitos lá nessa Conferência e somos dois representantes de usuários, mas com um seguimento mais amplo, por essas entidades populares. (Suj. 3)
>
> Os representantes, para participarem do Conselho de Saúde são escolhidos através de eleições. É feita uma eleição onde são chamadas as instituições. Não só as instituições, mas a comunidade em geral. O Conselho não é formado só pelas instituições, mas pelo açougueiro, pelo padeiro. (Suj. 18)

Há um ponto considerado como de grande preocupação pelos usuários, que é o da possibilidade de os representantes da gestão ou dos profissionais ocuparem a vaga de usuários e atuarem como se eles fossem dentro dos Conselhos de Saúde. Há relatos até mesmo de representantes de portadores de

patologias indicarem nomes para o Conselho, que, na realidade, trabalham para o governo e com o governo, justificando de forma equivocada a máxima que, em tese, todos somos usuários do sistema.

> Por que? Porque o Conselho ainda tem pessoas lá dentro, é triste dizer isso, que muito embora, sejam representantes de usuários, eles vêem seguimentos que ali por trás tem seguimento com o governo, entendeu? É uma entidade dessas patologias, mesmo, são pessoas que trabalham mesmo com o governo, e a entidade indicou eles como representantes de usuários. (Suj. 3)

Apesar da importância do Conselho, muitos usuários se queixam da maneira como são vistos pela comunidade, sendo destacados em alguns momentos como algozes do município. A fiscalização intensa e as constantes denúncias que fazem aos secretários e junto ao Ministério Público os caracterizam muitas vezes como antagonistas dentro do Conselho. Os usuários relatam ainda que são excluídos de diversas auditorias e outras diligências devido a essa lógica.

> Isso é de grande importância. Infelizmente não é isso que acontece. Somos tachados até de inimigos do município, porque nós cobramos, nós denunciamos. Infelizmente, nós não somos bem vistos dentro do próprio conselho comunitário, da associação atlética e outras instituições não somos bem vistos porque cobramos, cobramos para que funcione. (Suj. 18)

> E aí foi quando o Conselho levantou a questão: porque o Conselho não está envolvido nessa auditoria? O Conselho e controle social. Por que não está incluído? Mas aí a gente sabe de outras coisinhas, e a gente sabe porque o Conselho não foi chamado. E infelizmente existe isso ainda. (Suj. 3)

Nessa classe ganha força também o discurso dos usuários que faz distinção entre as formas de participação. Para eles, a participação social é garantida através das instituições na RIDE, já que os conselheiros apontam a pouca participação da comunidade nos espaços destinados, como os conselhos de saúde. Porém, há conselheiros que vêem diferença entre participação representativa e participação direta da comunidade, dando mais importância à última.

A participação social também é vista pelos usuários como tendo dois componentes bem definidos, a participação do indivíduo como cidadão (direta) e a

participação das entidades enquanto representadas no espaço do Conselho (indireta).

> Essa participação social pode ser vista, normalmente, em dois vieses: primeiro a participação social das pessoas enquanto cidadãs, e, no segundo momento, a sociedade é representada através das suas entidades representativas, ou seja, os núcleos da sociedade organizados. (Suj. 3)

Para os usuários, a lógica formal da representatividade nos CMS não garante a participação. A participação nos municípios se dá principalmente pelas instituições representadas, com pouca participação direta da comunidade. Os conselheiros também relatam a pouca participação de entidades que representam a população rural dentro do Conselho, nem mesmo os sindicatos rurais estão nos Conselhos.

> A participação social aqui em Novo Gama se dá através das instituições. Geralmente a nossa comunidade aqui, a população aqui, não participa muito. Quem participa mais são as instituições. No caso da minha, que representa os 50%, e o conselho comunitário. (Suj. 18)

Existem muitos elos frágeis na comunicação, que vão desde o conselheiro usuário representado – entidade representada no Conselho – segmento ou comunidade representada pela entidade. O diálogo do conselheiro, quando ocorre, se dá quase que exclusivamente com a entidade, que não repassa informações para os seus representados.

A classe 2 também traz um discurso que em alguns momentos aproxima os sentidos da participação em saúde com o controle social. Para os usuários, o pilar que sustenta o controle social é o da participação, que deveria envolver a sociedade como um todo no primeiro momento, e, em um segundo momento, a sociedade dentro do contexto da saúde, através das suas associações.

> Nesse caso se colocam aí as pessoas que participam do Conselho de Saúde, aí se completa essa participação social. Controle social está assentado nesse pilar da participação social, está assentado neste pilar que envolve a sociedade como um todo, o cidadão, e num segundo momento a sociedade num contexto de saúde, na sua associação. (Suj. 3)

Para os usuários, a participação é o envolvimento dentro do seu contexto e cotidiano, de modo a garantir seus direitos. O controle social é visto como algo mais complicado, que depende de muitos outros aspectos.

> E acredito que essa participação social seja a gente estar envolvido dentro do contexto daquilo que a gente quer pra gente mesmo. Bom, aí já é uma coisa mais complicada. A questão do controle social depende de vários aspectos. (Suj. 28)

A participação social também é entendida como tendo estreita relação com a comunidade e com a defesa dos interesses da coletividade. Os usuários buscam uma relação com a área da saúde, mas sem articular questões mais amplas relativas à cidadania.

> Por participação social eu entendo o envolvimento da comunidade, nas questões concernentes às políticas de interesse da coletividade, no nosso caso, entendo que essa participação está voltada mais especificamente às questões de saúde. (Suj. 3)

A classe 2 também destaca as conferências como um importante espaço no discurso dos conselheiros. Para eles, as conferências propiciam um momento ímpar para envolver seguimentos mais amplos da sociedade, como associação de moradores e sindicatos. Nas Conferências Municipais são convocadas diversas entidades da área urbana e rural e contam com uma participação mais ativa da população. A possibilidade da participação livre da comunidade por meio de manifestações durante o curto período da Conferência é muito bem avaliada. Ademais, as Conferências servem muitas vezes de espaço para a eleição direta dos representantes dos usuários, com maior visibilidade para a comunidade.

> “Pra melhorar, assim, pra as entidades que (...), associação de morador, que aqui têm várias associações, tem o sindicato. Por exemplo, na Conferência Municipal de Saúde a gente convoca todas essas entidades, tanto da cidade quanto da zona rural, o pessoal participava, eu mesmo fui entregar ofício chamando todas essas entidades pra participar. (Suj. 03)

> Então foi ela que participou da outra, mas sempre das Conferências que são organizadas aqui em Buritis, há essa liberdade também da população se manifestar. A população participa. Que seja por duas horas, quatro horas, três horas, a população é convidada, é convocada pra participar da Conferência. (Suj. 28)

> Eles têm uma participação mais ativa nas Conferências, não sei o por quê, mas o município tem uma participação mais ativa nas Conferências. Parece que o que

> gente entende, se ele for numa Conferência e ele dizer que quer isso ou aquilo, parece que aquilo vai ser obedecido, cumprido. (Suj. 28)

Os usuários consideram que os municípios participam das Conferências de forma adequada, tanto da estadual e da nacional, quanto das outras Conferências temáticas. As Conferências são consideradas importantes principalmente pelos temas necessários discutidos e por proporcionar uma participação mais direta, que atende os anseios da população.

> Sempre participa, participa da estadual, quando é indicado pra nacional, dos remédios. O município está sempre participando. Bom, os temas necessários pra estar discutindo na Conferência, é realmente aquele anseio que a população quer. Esse é o ponto básico. (Suj. 28)

Entretanto, há muita disputa pelas vagas, principalmente com a capital Goiânia para a etapa nacional, o que exige articulação com os municípios vizinhos para a garantia da representação. Para esses municípios, participar das Conferências Nacionais é uma vitória e sinal de *status* para os usuários dentro dos Conselhos. Os conselheiros também apontam que o usuário tem que estar bem preparado para as Conferências, tendo participado das etapas municipais e estando ciente das necessidades de saúde da população.

> Você tem que brigar com Goiânia, e, graças a Deus, a região do entorno se uniu e, quando chegar em Goiânia, a gente tem que decidir. Aqui vocês são tantos e nós somos tantos. Porque, antigamente, quando chegava em Goiânia, Goiânia dizia: aqui vocês só têm tantas vagas. (Suj. 18)

> Não adianta só pegar a pessoa, escolher, nomear e mandar pra lá e achar que está tudo bem, não é bem assim. Normalmente as necessidades são discutidas nas Conferências.

A lógica dos relatórios das Conferências segue o padrão consolidado do CNS, com relatórios municipais, que subsidiam a etapa estadual. Esta, por sua vez, origina outro relatório que será incorporado na etapa nacional. As etapas municipais da Conferência contam com apoio do CES tanto para sua organização como para escolha dos representantes que farão parte da etapa estadual.

> No caso, a representante aqui fez um relatório único, esse relatório foi discutido na Conferência estadual, de lá da Conferência Estadual saiu um relatório estadual, do Estado. (Suj. 57)

Não é clara a forma como os conselheiros que participam das etapas estaduais repassam as informações para os Conselhos Municipais ou trabalham as questões discutidas dentro do seu espaço no município. As diretrizes traçadas na etapa estadual e nacional também não repercutem imediatamente na prática dos Conselhos Municipais.

> Aí, os meninos que participaram, eles trouxeram e foi discutido e foi debatido dentro de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde. Não usamos as diretrizes para condução das ações. E eles convocam o Conselho pra ser discutido, mas o Conselho está um pouco devagar, não está muito. (Suj. 57)

Os conselheiros também fazem menção à importância dos planos de saúde, e a possibilidade desses serem alterados nas Conferências e pela atuação direta dos CMS.

> É através das Conferências Municipais é que a população, de uma forma geral, pode demonstrar o seu interesse. É através do segmento, através do conselheiro, pode fazer alguma mudança, alguma adaptação no plano que este, por sua vez, também é debatido, e discutido. (Suj. 28)

Ainda sobre o controle social, para os usuários ele se restringe muitas vezes à fiscalização induzida pelo termo. O controle é feito por meio dos dados conseguidos na própria Secretaria de Saúde ou nas unidades de saúde. Essa é a maneira, na visão dos usuários, que o controle social deve ser feito.

> Então, é dessa maneira que são representadas as instituições comunitárias no Conselho. O controle social é feito através dos dados que a gente pega da própria Secretaria de Saúde, nos programas saúde da família e, junto com o colegiado dos Conselhos, nós fazemos o controle social do Novo Gama. (Suj. 18)

Esta classe também sinaliza, ainda que de forma incipiente, os assuntos discutidos nos CMS. O Conselho discute nas reuniões os serviços de saúde e o atendimento à população, geralmente com a secretaria, demonstrando como tenta organizar a rede de serviço.

> Ali então é discutido os temas. Aí, no caso, é o atendimento. O município tenta fazer o melhor, tenta organizar as equipes nas unidades de saúde, hoje tem, parece, que vinte e duas ou vinte e três unidades de saúde, onde tem enfermeira, tem um medico, tem auxiliar de enfermagem, tem. (Suj. 57)

3.4 Classe 3 – O Conceito Ampliado de Saúde na Região e a Fala da Promoção

Esta classe apresenta um discurso típico dos usuários da região do Entorno Sul. Aqui, o discurso dos sujeitos está organizado em torno de assuntos que transcendem o setor saúde. Possui um forte componente regional, caracterizado por um discurso próximo ao da promoção da saúde e com enfoque na intersetorialidade. Os sujeitos característicos dessa classe fazem correlações entre a contaminação do meio ambiente, o desgaste do patrimônio histórico da região e tangenciam os determinantes sociais em saúde como um dos temas a ser enfrentado pelos conselheiros.

Nela, os usuários apontam a contaminação da água como um potencial problema para a saúde dos moradores que a utilizam. Revoltam-se com os lixões a céu aberto, depósitos que matam as nascentes e o lixo que desce junto com as águas pluviais. Acreditam ainda que o Conselho tenha que se responsabilizar por essas questões para prevenir futuros impactos na saúde do município. Outra preocupação é com a contaminação dentro das próprias casas, ou por falta de cloro, ou por falta de limpeza das caixas de água pelos moradores, acarretando em doenças como micoses, etc.

> Abaixo de vários quilômetros é jogada a água que foi coletada, os detritos, e mandada novamente pra Saia Velha. Essa água corre o seguinte risco: as bactérias do córrego vão chegar onde está o tratamento. Vocês correm o risco de contrair sérias doenças. (Suj. 25)

> O que acontece? Cai a chuva, aquilo já desce pras nascentes. E você imagina a contaminação que aquilo vai fazer na Saia Velha, onde a gente bebe água. (Suj. 25)

> Então são coisas assim que a gente vê dentro do município e fica revoltado. O lixo jogado inadequadamente. Têm vários lixões à toa. Têm varias nascentes morrendo dentro do município, que a gente fica revoltado. É que vão chegando latas contaminadas, papelão, plástico, garrafa pet, descendo nessas águas pluviais dessa rodovia que não tem uma determinação de quando vai arrumar. (Suj. 25)

> Então dá uma série de conseqüências. Então o que acontece: a água, estando contaminada, as doenças são mais prováveis dentro do município, se não tem um

> tratamento adequado, vão ocorrer vários fatores de doença, não é isso? É desse jeito que eu entendo, pelo Conselho nós só temos apontado. (Suj. 25)

A preocupação dos usuários com a questão do lixo é tamanha na região, que já mobilizaram especialistas de outros estados para estudos na tentativa de incentivar a cultura de reciclagem junto à população. Também já se mobilizaram regionalmente e articularão junto ao IBAMA para providenciar um lugar para o tratamento dos dejetos e a reciclagem do lixo. Outra situação que agrava esses problemas é referente à questão das terras pertencentes à União e da grilagem, que é característica na região.

> Então, são conseqüências sérias. O lixo que também não está adequado, porque não tem um lugar adequado, deveria estar fora da parte urbana, a 16 km. Nós chegamos a trazer gente de Santa Rosa, lá do Rio Grande do Sul, técnicos que vieram resolver o problema do lixo de oito municípios, na gestão que eles fizeram lá, onde é reciclado o lixo, coisa que a gente não consegue no nosso município. (Suj. 25)

> A Cidade Ocidental, Novo Gama, Luziânia, nós chegamos à conclusão que poderia se unir e arrumar um lugar em Luziânia, no Íngua, que pudesse tratar. Teria que arrumar três lugares pro Ibama aprovar qual lugar que podia fazer esse lixo reciclado e tratado. Esse seria o ideal. (Suj. 25)

Para os usuários, a questão da contaminação da água também tem impacto indireto na saúde. Pela não utilização do potencial turístico da região em conseqüência dessa situação, o município perde divisas que poderiam injetar recursos para a saúde na região.

> Você vê tanta coisa que podia ser parte turística, e melhorar a saúde da população. Nessa água, que está sem preservação. Então são coisas assim que a gente vai vendo, e vai ficando chocado com a situação. É que na Saia Velha o trator anda puxando lixo pra dentro, na chácara Ipiranga, anda puxando lixo pra dentro do rego da Saia Velha. (Suj. 25)

Outra preocupação relatada pelos usuários se refere à questão do desmatamento, que não está sendo enfrentada. Consideram que um meio-ambiente saudável também é direito da população e que deve ser defendido por todos os cidadãos.

> Talvez mudaria. mas dizem que não, que pioraria. E você vê a mata sendo devastada. Se você olhar hoje em dia a planta do Valparaíso, você nota que está devastando cada vez mais. (Suj. 25)

A classe 3 também evidencia um discurso dos usuários preocupados com o patrimônio cultural da cidade. Os moradores da região reclamam da descaracterização que ela vem passando, com desrespeito pela riqueza histórica da região. Indagam ainda que uma população que não conserva seu patrimônio histórico não se conscientizará para resolver outros problemas, como o da contaminação da água.

> Estão arrancando piso que veio da franca com facão, eu fico revoltado..., não tem jeito, uma farmácia do tempo de D. Pedro II, todinha original que eu vi com meus olhos, o dono morreu, o filho descaracterizou a fachada toda. (Suj. 25)

> Chefe de Gabinete, Secretário do Ministério do Planejamento, aí falei: ah, isso aqui vai derreter; ah, não vai derreter não. Isso aqui é um patrimônio que deveria estar guardado em um museu. Vocês vão jogar isso fora? Aí fui conversar com o sr .... (Suj. 25)

> Agora, você imagina essa água nossa quando chega aqui em baixo, você imagina as conseqüências das doenças que podem ter, vir por meio disso aí. Então o ... ficou preocupado: vocês não conservam nem o patrimônio de vocês, vocês não conseguem guardar as raízes da historia de vocês. (Suj. 25)

Os conselheiros ficam revoltados com a falta de investimento em uma política cultural na região. Denunciam esse e outros descasos por meio de cartas e memorandos aos três níveis federativos.

> O governo não investe dinheiro na cultura. Eu fico revoltado quando eu vejo lá, o centro profissionalizante de Brasília, o na norte, que eu fui ver. (Suj. 25)

> Contatei o Ministério do Planejamento, falei pro ..., que veio atrás desse patrimônio. O telefone eu vou arrumar e vou entregar pro governo do DF. Vou fazer uma carta e vou entregar lá, que isso é uma vergonha. (Suj. 25)

Ainda com relação a outras áreas que aparentemente extrapolam o campo da saúde, mas que guardam correlação com ela, a questão do financiamento novamente vem à tona. Reclamam que a falta de recursos é a desculpa de todas as áreas sociais, e sem dinheiro fica difícil avançar no sentido de uma melhor qualidade de vida.

> Qual o segundo? Dinheiro. Qual o terceiro? Dinheiro. O quarto? Dinheiro. Sem dinheiro você não faz nada, você não consegue chegar a lugar nenhum. (Suj. 11)

Outra questão sublinhada nessa classe refere-se aos problemas em decorrência do uso de drogas na região. Os conselheiros apontam o uso de drogas pelos jovens no Entorno Sul como motivo de preocupação, não só pelo crescimento da violência, como também por seus impactos na saúde com o crescimento de doenças infecto-contagiosas associadas ao uso de seringas. Vocalizam ainda que não há uma política de prevenção e reabilitação para esses jovens. Para os membros do Conselho, uma ação importante seria o policiamento comunitário e educativo junto à população. Outra estratégia para enfrentamento do problema de drogas no município se dá por meio da educação, com estreita articulação com a escola onde os jovens estudam.

> Quando ele veio morar em Valparaiso, ele falou assim: os jovens estão à toa, meu filho aprendeu a usar droga foi aqui, acabou morrendo de Aids, usava bico de cocaína. O ... morreu cedo usando drogas, oh ..., aqui precisa fazer um trabalho urgente. (Suj. 25)

> E deveria estar sendo feito o policiamento comunitário, para ensinar a população como agir, num caso desses, deveria estar levando ao conhecimento pros jovens que a droga é prejudicial à saúde. (Suj. 11)

> Estou te emprestando aqui o *data show* porque você não tem, pra mostrar o trabalho de vocês aqui, na minha escola, tá precisando de um tratamento desses. Têm jovens aqui que estão na faculdade e têm vergonha porque eles usam droga, querem largar e não têm quem dê apoio num trabalho desse pra ele poder esclarecer o que està usando. (Suj. 25)

Outra preocupação dos conselheiros, e que guarda forte relação com o componente da regionalização, é o deslocamento dos pacientes até Brasília. Os usuários já fizeram inclusive levantamento de fluxo automotivo na região para argumentar sobre as dificuldades relativas ao constante deslocamento de pacientes para o DF. Também há preocupação quanto ao estado dos veículos que fazem o transporte dos pacientes, que, segundo os usuários, estão em péssimo estado. Tentam debater o assunto nas reuniões dos Conselhos e com o gestor, mas encontram silêncio e muita resistência.

> (...) Fui atrás de pesquisa. Fiquei sabendo que passam cerca de cento e quarenta mil veículos. Agora, você imagina, esperar uma ambulância pra levar até Brasília pra ser tratado. (Suj. 25)

> Aí quando cheguei lá, o que acontecia: ela estava com mais de 80.000 km rodados, era uma ambulância velha, os pneus estavam novos, a porta traseira estava abrindo, corria o risco de a maca cair no meio da rodovia transportando a pessoa. (Suj. 25)

Ainda sobre as questões tratadas sob o prisma da regionalização, os usuários refletem sobre o deslocamento médico entre os municípios do Entorno Sul e Brasília em busca dos plantões que rendem um dinheiro extra para esses profissionais, resultando na sua não fixação no município.

> Como ele trabalha dez dias por mês, ele pega escala em Brasília e Luziânia também. E porque ele trabalha dez dias? Doze horas? São seis turnos de doze horas, sai mais ou menos essa média, então, ele pega plantão também em Luziânia ou em Brasília. (Suj. 11)

A caracterização dessa classe é concluída com os discursos dos usuários abordando a questão dos hábitos saudáveis e do descaso dos gestores em relação a essa temática. Os usuários também reclamam da falta de uma política de promoção de exercícios físicos, apontam que é muito difícil praticar esportes na região, onde não há quadras desportivas ou ginásios.

> Está mentindo, porque o município não tem. Não tem onde se fazer exercício físico de saúde, não tem um esporte adequado. Tem um ginásio que não funciona. (Suj. 11)

3.5 Análise Fatorial de correspondência

Para a organização dos dados no ALCEST foi utilizada a seguinte variável suplementar: “regiões da RIDE-DF”. Essa variável se justifica pela hipótese explicativa que as regiões mais urbanizadas possuem maior grau de organização social, portanto, maior participação social em saúde, as quais foram distribuídas da seguinte forma: Entorno Sul, Entorno Norte, Pirineus, Unaí e Distrito Federal.

Projection des colonnes et mots "*" sur le plan 1 2 (corrélations)
Axe horizontal: 1e facteur: V.P. =2906 (37.75 % de l'inertie)
Axe vertical: 2e facteur :V.P. =2696 (35.01 % de l'inertie)

```
   +-----|---------|---------|---------+---------|---------|---------|-----+
19 |                                   |                                   |
18 |                                   |                                   |
17 |                                   |                                   |
16 |                                   |                                   |
15 |                                   |                                   |
14 |           ROTINA E BUROCRACIA     |                                   |
13 |           NO COTIDIANO DOS CMS    |                                   |
12 |                                 Unaí                                  |
11 |                                   |                                   |
10 |       Entorno Norte               |                                   |
 9 |                                   |                                   |
 8 |                                   |     DIFICULDADES PARA O           |
 7 |                                   |     EXERCÍCIO DO CS               |
 6 |  Pirineus                         |                                   |
 5 |                                   |                                   |
 4 |                                   |                                   |
 3 |                                   |                                   |
 2 |                                   |                                   |
 1 |                                   |                                   |
 0 +-----------------------------------+-----------------------------------+
 1 |                                   |                                   |
 2 |                                   |                                   |
 3 |                                   |                                   |
 4 |                                   |                                   |
 5 |                                   |                                   |
 6 |                                   |                                   |
 7 |                                   |                 Entorno Sul       |
 8 |                                   |               O CONCEITO AMPLIADO |
 9 |                                   |               DE SAÚDE NA REGIÃO E|
10 |                                   |               A FALA DA PROMOÇÃO  |
11 |Distrito Federal                   |                                   |
12 |                                   |                                   |
13 |                                   |                                   |
14 |              PARTICIPAÇÃO E       |                                   |
15 |         REPRESENTATIVIDADE NOS CMS|                                   |
    +-----|---------|---------|---------+---------|---------|---------|-----+
```

Observa-se no plano fatorial que há uma divisão. De um lado encontram-se os discursos dos usuários das regiões do Distrito Federal e Entorno Sul, que estão mais associadas às classes 2 e 3, demonstrando uma maior organização do CS e participação mais ativa dos conselheiros no exercício do controle social em saúde, com uma discussão mais madura sobre participação e os determinantes sociais em saúde. De outro lado se verificam os discursos dos usuários das regiões de Pirineus, Entorno Norte e Unaí, que estão associados às classes 1 e 4, que tratam do funcionamento burocrático dos CMS e das dificuldades para o controle social em saúde.

Embora os Conselhos possam contribuir para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, o seu funcionamento é influenciado pela realidade concreta das instituições e, principalmente, pela cultura política dos municípios. Nesse particular, atualmente há evidencias de que a capacidade organizativa da sociedade civil no Brasil varia de acordo com as características demográficas, econômicas e políticas das cidades. Em cidades maiores ou em municípios onde os movimentos popular e sindical são mais organizados, a participação dos representantes dos setores populares no CMS tem sido bastante satisfatória. Já as cidades pequenas com economia baseada na produção agropecuária são marcadas por relações entre governo e grupos de interesses com características clientelistas e paternalistas (CORTES, 2002).

A Região de Pirineus possui alguns municípios com características urbanizadas e outros mais com características rurais. Como visto anteriormente na classe 1, os municípios dessa região têm mais dificuldades para encontrar diversidade de grupos sociais organizados. Conseqüentemente, se deparam com restrição para comporem os Conselhos com representações variadas, o que tem dificultado a colocação em pauta de uma diversidade de interesses e necessidades. Esses são fatores que contribuem para a adoção e a cristalização de práticas mais “burocratizantes” no âmbito do CS, ou seja, que mantêm os CMS relativamente estruturados para operacionalização dos procedimentos relacionadas à aprovação das demandas da Secretaria Municipal de Saúde.

As regiões do Entorno Norte e Unaí, também têm características socioeconômicas semelhantes à região de Pirineus, com uma economia agrária consolidada. Essas três regiões compõem uma grande classe que trata da rotina dos CMS, porém, são nas regiões do Entorno Norte e Unaí onde as dificuldades para o exercício do CS e a angústia por legitimidade são mais sentidos nos discursos dos usuários. Na tentativa de romper o isolamento dos usuários, a relação com o Ministério Público e o Legislativo local é sempre evocada. As dificuldades vocalizadas vão desde a falta de capacitação, passando pela falta de infra-estrutura dos CMS, chegando nas influências negativas do jogo político-partidário na atuação dos conselheiros.

O Distrito Federal traz na sua história a tentativa de um outro modelo de atenção à saúde, apesar dos desvios constatados atualmente, existe um certo acúmulo na Capital Federal por ter recebido os diversos movimentos que se articularam em prol da criação do SUS e por ter sediado as Conferências Nacionais de Saúde consideradas de maior vanguarda pelo movimento sanitário. Brasília, além de se transformar na “Meca” dos conselheiros a cada quatro anos, também tem concentrado os representantes dos usuários da região por meio dos vários cursos de capacitação que a UnB tem oferecido nesses 20 anos de SUS.

Isso explica um discurso mais maduro dos conselheiros da região, que, junto com alguns municípios de Unaí, caracterizam a classe 2. É aqui que uma diferenciação sobre Controle Social e Participação em Saúde, ainda que de maneira confusa, pode ser evidenciada. Outra distinção que pode ser subtraída dessa classe é sobre a participação representativa, mediante a estrutura dos Conselhos, e uma participação mais direta que se dá nos espaços da Conferência. Em que pese a figura do delegado também seguir a lógica da representação, o espaço aberto para a comunidade nas Conferências se constitui em uma experiência muito bem avaliada pelos usuários, além da possibilidade de eleição dos representantes dos usuários nos Conselhos, dando maior transparência e legitimidade para o processo.

A região do Entorno Sul se caracteriza por um crescimento urbano bastante desordenado e com demandas mais complexas na área da saúde. Contudo, é uma área com maior riqueza de grupos sociais organizados e politizados. Como resultado, possui CMS com um discurso mais qualificado acerca de um conceito ampliado de saúde, trazendo os diversos determinantes com impacto no processo saúde-doença. Por guardar estreita relação com a Classe 3, é aqui que uma narrativa mais sólida sobre o “território vivo” pode ser evidenciada e, como tal, transcende o setor saúde de modo a trazer as raízes históricas e o patrimônio cultural da região como assunto a ser tratado nos espaços dos CMS. Segundo Milton Santos, o “lugar faz a diferença”, pois “o homem não vê o universo a partir do universo, o homem vê o universo desde um lugar”. O lugar, o chão das relações entre as pessoas, espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, é onde

se concretizam as relações de cooperação e de poder. Tais territórios não são estáticos, nem se bastam por si sós, são interdependentes em relação a outros territórios, conectados entre si e com a história da cidade. Muitas vezes, um território pode ser o “não lugar”, pois dali apenas partem ou confluem vias expressas para outros lugares. Há intenso movimento humano entre territórios, nem sempre vivemos, trabalhamos e nos divertimos num mesmo território (SANTOS, 2004).

Devido a essa movimentação humana e a uma relação de maior intimidade com Brasília, no Entorno Sul é vocalizada a questão do cuidado progressivo (referência e contra-referência) à medida em que aumenta a complexidade para os tratamentos e a dependência de Brasília, o que, na visão dos usuários, impede uma maior resolutividade das ações dos serviços de saúde.

Deve ser destacado, entretanto, que neste estudo ficou evidente que a atenção à saúde e a conversão do modelo de atenção não são objetos de análise principal dos CMS, com estes não influenciando na construção de uma política pública de saúde voltada para as demandas e necessidades da população nos municípios. Nas quatro classes caracterizadas existem diversas explicações para esse silêncio, que vão desde falta de capacitação, distanciamento dos usuários das suas bases, falta de informação para com a população, críticas ao modelo de representação, cultura centralizadora do gestor, rotinas burocratizadas do conselho, baixa autonomia dos CMS, pouca legitimidade dos usuários, condições precárias de trabalho e pouca participação da população, entre outras.

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO

4.1 Classe 1: Rotina e Burocracia no Cotidiano dos CMS – a Cultura da Ata

O que é denominado aqui de “rotinas burocratizadas” dos CMS, ou cultura da Ata, aparentemente é predominante nos pequenos municípios da RIDE, e é a característica mais marcante do conteúdo dos discursos presentes na classe 1.

Embora durante os anos 1980 tenha havido intensa mobilização da sociedade civil no Brasil, a estrutura organizativa daí resultante varia de acordo com a região do país, com o Estado e com as características demográficas, econômicas e políticas das cidades. A força das instituições políticas e dos movimentos populares em cidades grandes, por exemplo, tende a tornar viável a participação de grupos de pressão, determinando o tipo de envolvimento que os usuários teriam nos Conselhos e nas Conferências de Saúde.

Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas pequenas cidades e nas áreas rurais menos industrializadas do país. Embora a existência de fóruns de participação possa colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições da cultura política dos municípios brasileiros. Mesmo levando em conta tais restrições, há autores que defendem que onde os movimentos popular e sindical são mais organizados, tem havido envolvimento constante de representantes dos usuários nos espaços públicos dos Conselhos e das Conferências de Saúde (CORTES, 2002).

Essas determinações históricas e culturais dos municípios apontadas acima também são claramente evidenciadas na RIDE. A falta de uma maior vitalidade no trato com os movimentos sociais e de diversidade nos grupos organizados que deveriam pautar o setor saúde deixa para os Conselhos pouca coisa a fazer. Como esses municípios têm obrigação legal de estruturar um CMS para receber os repasses fundo a fundo, mergulham em uma forte burocracia, marca que constitui a maioria dos CMS da RIDE.

A teoria da burocracia foi formalizada por Max Weber, que, partindo da premissa de que o traço mais relevante da sociedade ocidental, no século XX, era o agrupamento social em organizações, procurou fazer um mapeamento de como se estabelece o poder nessas entidades. Construiu um modelo ideal, no qual as organizações são caracterizadas por cargos formalmente bem definidos, ordem hierárquica com linhas de autoridade e responsabilidades bem delimitadas. Assim, Weber cunhou a expressão burocrática para representar esse tipo ideal de organização, porém, ao fazê-lo, não pensava se o fenômeno burocrático era bom ou mau. Weber descreve a organização dos sistemas sociais, ou burocracia, num sentido que vai além do significado pejorativo que por vezes tem. A burocracia, então, podia ser definida da seguinte forma: aparato técnico-administrativo formado por profissionais especializados, selecionados segundo critérios racionais e que se encarregavam de diversas tarefas importantes dentro do sistema (WEBER, 2002).

O problema da burocracia teve, desde o início, um papel relativamente importante no pensamento marxista. Marx deduz a noção de burocracia da relação burocrática existente entre as instituições detentoras do poder e os grupos sociais a elas subordinados, que define como uma relação social essencial que domina os próprios responsáveis pelas decisões. Assim, de acordo com Marx, a administração de Estado burocrática, mesmo que atue com a melhor das intenções, a mais profunda humanidade e a maior inteligência, não pode cumprir a sua tarefa prática, e sempre reproduz o fenômeno que, na vida cotidiana, é chamado de burocratismo (BOTTOMORE, 2001).

Os aparelhos burocráticos atuam de acordo com os seus próprios interesses particulares, que se apresentam como interesses públicos ou gerais, impondo-se dessa forma à sociedade: “a burocracia tem em suas mãos a essência do Estado, a vida espiritual da sociedade, como sua propriedade privada. O espírito universal da burocracia é o segredo, o mistério, que ela assegura internamente pela hierarquia e contra grupos externos pelo seu caráter de corporação fechada”. (BOTTOMORE, 2001).

Corrobora a lógica do segredo na RIDE, apontada por Marx como condicionante para existência do burocratismo, o fato de os usuários versarem sobre

a pouca autonomia que tem no seu cotidiano de trabalho, já que em muitos casos operam apenas com informações cedidas e que passam pelo crivo da própria SMS. Não há consulta às bases desses usuários e nem outras referências para atuar em maior consonância com a população, o que fortalece uma caracterização de atrelamento dos grupos sociais à lógica dominante nesse burocratismo dos CMS. Os Conselhos trabalham muitas vezes como o apêndice do Estado, o que é apontado na literatura consultada como motivo gerador de confusão dos papéis de gestão por parte dos conselheiros (LABRA, GIOVANELLA, 2007).

Outro ponto que consolida o raciocínio da baixa autonomia dos CMS se dá pelas falas dos usuários. Estes denunciam que os encaminhamentos de documentos e pautas para os Conselhos se dão usualmente em véspera das reuniões, deixando pouco tempo para os usuários examinarem e discutirem as propostas do gestor. Para os usuários, é visível que os CMS trabalham muitas vezes apenas legitimando as ações do gestor, e essa relação pouco democrática, apesar de causar descontentamento ente os conselheiros, não consegue ser superada na relação Conselho-Secretaria de Saúde.

Referente à relação Estado-sociedade civil, Cortes realizou intensa revisão bibliográfica sobre o tema na América Latina, sobre a fraqueza da sociedade civil e a informalidade do processo de representação. Alguns autores defendem a hipótese de que os problemas nessa relação são comuns na AL (CANTOR, 2005; BRICEÑO-LEON, 1998). As experiências de participação inspiradas pelos princípios dos cuidados em saúde teriam contribuído para aumentar a exploração do pobre por meio da utilização do seu trabalho gratuito. Elas teriam contribuído para a sua descaracterização cultural, ao mesmo tempo em que acentuavam a violência política pela exclusão ou supressão de líderes e pela destruição e cooptação das organizações de base. Para esses autores, os Conselhos e as Conferências de Saúde não são “experiências de participação” (CORTES, 2002).

No entanto, uma fonte de inspiração para a sua criação foi a proposta de participação comunitária preconizada pelos cuidados primários de saúde. As afirmações desses autores podem ser consideradas como parcialmente adequadas para caracterizar experiências participatórias que tiveram lugar, durante as duas

últimas décadas, em projetos de extensão de cobertura de cuidados de saúde no interior e em áreas urbanas pobres do Brasil. São inadequadas, portanto, tais afirmações que subestimam a possibilidade de participação de setores populares em processos reformistas ou em ações inspiradas pela estratégia de atenção primária na AL, e também no Brasil e na RIDE. As circunstâncias que cercam e as características que conformaram o processo de criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde e sua consolidação legal e política demonstram essa inadequação (CORTES, 2002).

A literatura consultada (COELHO, 2007) aponta ainda a dinâmica do funcionamento dos Conselhos como um dos determinantes á participação. Ela também está ligada à forma de coordenação e condução destes fóruns com a postura do gestor em relação à participação. Ela poderia explicar mudanças de curto prazo no envolvimento dos usuários, inclusive. Nos Conselhos, a sobrecarga de discussões detalhadas sobre despesas a serem realizadas, por exemplo, pode contribuir para o esvaziamento das suas reuniões. Da mesma forma, ao limitar as questões que entram na pauta de discussão, o gestor pode fazer com que assuntos importantes para a política de saúde do município permaneçam como não-questão. Estando fora da agenda de discussões, as decisões relativas a essa política são tomadas em gabinetes, portanto, longe do escrutínio público (CORTES, 2002). Sobre essa relação dos usuários com os gestores, não foram ressaltados nos discursos conflitos entre as partes, pelo contrário, o que pode evidenciar a falta de um posicionamento dos usuários a favor de quem eles de fato representam.

Além da influência do presidente do Conselho na organização da agenda de reuniões, a manipulação das discussões e o uso da linguagem tecnocrática também obscurecem a compreensão cabal dos temas em questão por parte dos conselheiros representantes dos usuários. Assim, igualmente em muitos casos falta transparência na prestação de contas dos gestores ao CMS ou se interpõem obstáculos aos conselheiros para que cedam a esses pressupostos e balanços (LABRA, GIOVANELLA, 2007).

Os usuários afirmam nessa classe que as ações mais estratégicas discutidas nos CMS são divulgadas para a população, porém, subentende-se pelas falas que

essa divulgação se dá apenas quando percebida como importante pelo gestor, não se caracterizando uma rotina dos CMS, ou seja, na prática os gestores corroboram com o exposto inicialmente, ao utilizar os CMS apenas como mero instrumento legitimador da sua política.

Nesses municípios, apesar de existir regularidade para as reuniões, bem como de seu registro formal conforme orientações do CNS, não é pautada nos Conselhos a questão da necessidade em saúde, o que inviabiliza formulações junto ao gestor para ações que trabalhem nesse sentido. Na relação de produção de serviços de saúde, os processos de trabalho deveriam tomar como finalidade atender as necessidades de saúde dos grupos sociais que constituem um território. Para a saúde coletiva, atender essas necessidades deveria significar tomar o conceito da determinação social do processo saúde-doença para instaurar lógicas de trabalho que respondessem por elas no âmbito das raízes dos problemas, dos determinantes, e também dos resultados, a doença propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Necessidades em saúde são aqui abordadas no âmbito-concreto operacional do conceito, pois a maior parte da literatura consultada sobre o assunto trabalha com as necessidades em saúde reconhecidas como objeto das práticas das unidades de saúde (STOTZ, 1991). Nessa perspectiva, o processo de produção em saúde (articulação social dos diferentes processos de trabalho em saúde) tem como finalidade responder as necessidades sociais, sinônimo de necessidades de manutenção e reprodução do modo de produção. Assim, necessidades em saúde são necessidades de reprodução social que, por não serem naturais nem gerais, são necessidades de classes, ou seja, são diferentes nos diferentes grupos sociais, definidos pela sua inserção na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver.

Na RIDE, se a burocracia compõe a rotina do Conselho, ela se operacionaliza principalmente pela prestação de contas pelo gestor, e da análise destas pelo CMS. Apesar de ser considerado um avanço pelos usuários, e corroborado pelo termo Controle Social, é aqui que a rotina dos conselheiros toma forma, não deixando

espaço para o ideal original da reforma sanitária, que consistia nos CMS trabalhando de forma direta para a mudança do modelo de atenção em saúde. Uma forma de alterar a lógica do modelo seria por meio do envolvimento dos CMS na elaboração do Plano de Saúde do Município, que pela participação dos usuários traria maiores possibilidades para atingir esse objetivo. Porém, não foi identificada nos discursos uma lógica para participação do CMS na confecção dos planos, nem qualquer estratégia para incorporar as necessidades em saúde nas ações de planejamento. Há apenas uma pequena participação dos CMS que é baseada em sugestões e acréscimos sobre os planos passados, ou seja, uma nova réplica do antigo.

Também não há processos de capacitação para atuação dos conselheiros, nem dos antigos nem dos novos que assumem. Ainda que o termo capacitação gere controvérsia, pela falsa idéia de instrumentalização que o termo pode gerar em prejuízo de processos de empoderamento mais verdadeiros, optou-se por trabalhar com esse termo devido à sua consolidação nos diversos espaços assumidos pelo Controle Social. Esse não saber o que fazer joga os novos representantes no “colo” dessa burocracia culturalmente consolidada. Além disso, os usuários ficam em uma posição não muito confortável, reféns da SMS tanto na questão das informações, como também de um falso empoderamento subordinado ao convívio com o gestor.

Esse pseudoempoderamento também é dado na relação com os conselheiros mais antigos, porém, há que se assinalar que estes já estão contaminados pelo cotidiano e a cultura da Ata, criando um círculo vicioso difícil de ser quebrado nos municípios com essas características. E é esse círculo, da falta de capacitação gerando procedimentos burocráticos dentro dos CMS, que é apontado pelos usuários como um dos motivos da baixa participação da população nas atividades dos CMS. Entretanto, os conselheiros apontam que a melhor forma para superação desses problemas é o contato e o trabalho mais próximo da comunidade.

Essa lógica da burocracia, que é estrutural e estruturante na maioria dos municípios da RIDE, ajuda a compor uma delicada engrenagem afastando os usuários dos processos de participação. Em suma, esses municípios se caracterizam com base em relações clientelistas e sem pressão de grupos organizados. Essa situação contribui para a reprodução de uma forte burocracia que

beneficia uma pequena elite. Os Conselhos, por sua vez, com usuários despreparados para exercerem suas funções, não conseguem contribuir com um novo modelo em saúde centrado na lógica da necessidade e continuam o círculo reproduzindo mais burocracia.

Entretanto, apesar de um rigor desproporcional da documentação (estatutos, leis de criação, resoluções, recomendações, etc.), para Pedro Demo, uma das categorias para avaliação formal das estruturas de participação se refere à legitimidade dos estatutos. Deve ser levado em conta até que ponto os estatutos estão dotados de vigência democrática, no sentido de valerem concretamente para a vida dos espaços de participação. Ademais, é necessário avaliar se os estatutos foram gerados comunitária ou democraticamente, ou se foram impostos ou trazidos por representantes do Estado, ou do governo, ou manipulados à vontade nas assembléias ralas, e assim por diante. Os estatutos representam a "constituição" legal da entidade, ou seja, a maneira como as regras do jogo são definidas, implantadas e tornadas válidas e, eventualmente, mudadas. Nessas diretrizes devem constar os direitos e os deveres dos participantes, o modo de se fazer e desfazer a condução oficial, a definição dos objetivos associativos, a maneira democrática da gestão institucional, inclusive das finanças (DEMO, 2001).

Nesse sentido, existe uma formulação legal consolidada e referenciada pelos diversos segmentos que integram o Conselho, porém, ela foi concebida a nível nacional e não possui correlação adequada com a realidade dos municípios da RIDE. Apesar de todos os CMS terem estatutos e leis de criação (SHIMIZU, 2008), estes não têm vitalidade democrática, não envolvendo a comunidade local para elaboração e readequações quando necessárias. As regras estão claras, porém foram elaboradas com base em outra competição. A própria Resolução 333 do CNS é um exemplo, apesar dos avanços trazidos pela tentativa de orientar o funcionamento dos Conselhos e a sua composição. A impressão é a de ela ter sido elaborada para dar conta de uma realidade específica a municípios de maior porte, com riqueza de movimentos sociais e representantes de patologia, e com SMS mais robustas e detentoras de um quadro profissional diverso para ceder funcionários para trabalhar junto ao CS. A realidade da RIDE é outra. Na maioria, são pequenos

municípios e, como dito anteriormente, sem uma diversidade de movimentos sociais, além das precárias condições que as próprias SMS têm no quesito Recursos Humanos.

Por fim, essa forma de condução das práticas nos CMS, extremamente centralizada pela SMS e burocratizada, impede que os sujeitos, principalmente os usuários, dialoguem com sua experiência e com os desejos nele implicados, revelando-se pouco porosa à produção de novas possibilidades de construção de projetos coletivos.

Como colocado anteriormente, trata-se de tradição de intervenção coerente com nossa história política, marcada pela centralização de poder, que tem como uma de suas principais facetas a recorrência da verticalidade programática, e de concepções que pretendem fazer do planejamento um conjunto de decisões técnicas, como se técnica pudesse ser dissociada de seus efeitos políticos de produção da realidade (PAIM; 2006; SHIMIZU, 2008).

4.2 Classe 4: Dificuldades e Condicionantes para o Exercício do CS – A Angústia por legitimidade

A classe 4 está associada a municípios com características semelhantes aos da classe 1, ou seja, municípios pequenos com economia agrária. Ela compõe junto com a classe 1, na Síntese de Análise do Alceste, uma classe maior que guarda relação com o cotidiano dos CMS, porém, aqui há estreita relação com a angústia dos usuários gerada pelo isolamento e as fragilidades percebidas. Na tentativa de romper o isolamento e ganhar mais legitimidade, a relação com o Ministério Público e o legislativo local também é sublinhada em vários discursos dos sujeitos típicos dessa classe. Porém, apesar de percebida como importante, não há nenhum tipo de estratégia para legitimação junto à sociedade.

Depois de quase 18 anos de funcionamento dos CMS, pode-se afirmar que a nível nacional estão plenamente legitimados, tanto por autoridades e trabalhadores do setor, como pelas entidades que se fazem representar nos

Conselhos de Saúde. Esse processo tem sido resultado de uma ampla e penosa aprendizagem comportamental, cultural e pedagógica, na qual aceitar o diálogo, o conflito e o consenso, reconhecendo os benefícios da aproximação entre governo e sociedade, faz parte dessa aprendizagem, que também tem sido dura para os gestores. Não só é difícil compartilhar o monopólio do poder que legalmente detêm, mas também têm sido forçados a constatar que condutas de manipulação e cooptação e o desacato das resoluções do colegiado terminam afetando negativamente seus próprios interesses.

A legitimidade dos CMS tem contribuído decisivamente para a postura de defesa intransigente dos princípios do SUS por parte das Conferências de Saúde, por exemplo. Porém, apesar de tantos êxitos alcançados, essa legitimidade é de certa forma socavada a nível micro, por práticas de clientelismo, corrupção e atropelo dos direitos dos cidadãos em muitas localidades (LABRA; GIOVANELA, 2007). Isso quer dizer que o desafio de maior complexidade transcende o arcabouço legal dos espaços da participação em saúde. É a mudança da própria cultura política e institucional do país que deve ser superada.

Nos municípios da RIDE, essa busca por legitimidade é presente nos discursos dos usuários. Os conselheiros, por sentirem-se desamparados e desprestigiados pelo gestor, tentam garantir a legitimidade local para atuação estreitando relações com o legislativo e o Ministério Público. Há falas inclusive que apontam os integrantes do MP como quase parte dos CMS, o que pode ser subentendido como a busca de um respaldo para um maior nivelamento na relação com o gestor. Porém, apesar de os conselheiros perceberem que a proximidade com a população poderia garantir essa legitimidade, não existem ações concretas ou estratégias para estreitar esse vínculo.

Estudos afirmam que o resultado para a legitimidade dos CMS se amplia na medida em que aumenta o vínculo com sua população eleitoral e quanto maior organicidade tiver esse vínculo (DEMO, 2001; SANTOS, AVRITZER 2005; GERSCHMAN, 2007). No caso da RIDE, pode-se inferir pela falas que toda a responsabilidade pela representação é delegada aos representantes, o que aumenta a angústia por legitimidade devido ao isolamento, prejudicando a própria

proposta de representação. Embora não sejam eleitos como representantes da maioria da população, a legitimidade dos membros do Conselho decorre de sua estreita vinculação com a sociedade, por intermédio das entidades representadas e do processo de interlocução que estas desenvolvem ou podem vir a desenvolver com a população (GERSHMAN, 2004).

A participação das bases, segundo Pedro Demo, também é categoria de fundamental importância para a avaliação qualitativa das experiências de participação. É o indicador mais marcante, que se refere à presença ativa dos associados na associação. Há que se entender que um discurso desvinculado de ação (no caso as queixas sobre a não participação dos representados) pode ser subentendido como um componente favorável à permanência perene dos usuários como conselheiro (DEMO, 2001).

Nas manifestações dos usuários está sempre presente a ambivalência resultante do exercício de uma representação que vem sofrendo esvaziamento político na ausência de movimentos sociais e no interior das comunidades populares. Os conselheiros podem representar uma entidade ou um segmento específico da comunidade, religioso ou de outro tipo, mas o exercício da representação requer organizações políticas com capacidade de vocalização e potencialidade de gerar espaços de poder. Considerando-se que este é um espaço não preenchido atualmente, o interesse da comunidade nos Conselhos se dilui (GERSHMAN, 2007). Contribuem para essa situação a baixa visibilidade por parte da população em geral, atribuída a deficiências na publicização e difusão dos resultados das atividades dos colegiados (LABRA; GIOVANELLA, 2007). Os usuários também fazem essa associação na RIDE, na medida em que afirmam que, por falta de divulgação, não há participação e os CMS operam apenas para cumprir a lei.

Ainda sobre o papel do gestor nessa legitimidade, estudos sobre associativismo enfatizam o comprometimento das autoridades públicas com o projeto participativo como um dos fatores para análise dos determinantes na participação. Um fator-chave para o sucesso das experiências participativas é o investimento das autoridades e instituições públicas no “efeito demonstração”, ou

seja, os foros de políticas públicas não atraem participantes quando a população não percebe a relação entre eles e sua vida cotidiana. (COELHO, 2007). A posição das autoridades de saúde pode ser considerada como decisiva, pois muitas vezes eles dirigem o Conselho e a organização da Conferência. Mesmo quando não é o caso, eles influenciam na formação da agenda, funcionamento geral do fórum, nas possibilidades de cumprir as decisões ali tomadas e na possibilidade de pressionar os prestadores de serviços de saúde para o cumprimento das decisões (CORTES, 2002).

O comprometimento dos gestores públicos pode ser avaliado analisando questões sobre a existência de provisão orçamentária, o tipo de informação oferecido e o modo disponibilizado aos Conselhos, a regularidade na oferta de informações, a presença de um coordenador de saúde nos Conselhos e a facilidade de acesso às autoridades e a informações requeridas. Todos esses quesitos corroboram a hipótese que na RIDE não há uma legitimidade dos CMS perante os gestores, e estes não estão envolvidos para possibilitar condições para o desenvolvimento de uma estrutura participativa na região. Reforçam essa argumentação as péssimas condições de trabalho que os usuários vocalizam durante as entrevistas.

De toda a maneira, quando se considera que existem quase 6.000 Conselhos de Saúde, a questão de quem participa se faz muito mais intrincada e os problemas correspondentes variam segundo a cultura local, o grau de associativismo e outras variáveis. Quanto aos critérios para debater a permanência desses usuários como conselheiros, cabe indagar: devem pautar-se por princípios afins com a renovação democrática do colegiado ou com base na experiência do candidato? (LABRA;GIOVANELLA, 2007). Na prática da RIDE, a segunda alternativa parece prevalecer ao constatar-se uma tendência ao “profissionalismo” do conselheiro, já que com freqüência a mesma pessoa é reconduzida ao cargo ou por seu carisma e/ou por seus conhecimentos acumulados. Não obstante, é razoável deduzir que nos pequenos municípios da RIDE os líderes comunitários sejam pessoas com mais experiência, sejam homens ou mulheres, escolhidos para atuar nos CMS ou em outros conselhos

setoriais e como delegados nas Conferências Nacionais, o que reforça a formação de um "*status* profissional" dos conselheiros.

Essa longa estagnação dos conselheiros, em alguns relatos de até seis anos, poderia ser modificada com a entrada de novos membros para oxigenação dos CMS. Apesar de uma qualificação dos conselheiros antigos ser necessária, a dos que entram se faz crucial, pois certamente trazem novas idéias, dificultando que práticas cristalizadas se perpetuem. As questões sobre as quais o CMS delibera, ainda que centrais à orientação do SUS, percebe-se que atualmente ainda sofrem prejuízos da falta de uma capacitação de qualidade aos conselheiros, ou seja, estes não possuem nem a força política, nem a informação, nem os conhecimentos especializados necessários para agir de maneira decisiva nas deliberações do Conselho.

Porém, os cursos de capacitação de conselheiros desenvolvidos em convênio entre instituições de ensino e pesquisa de vários Estados visam resolver aspectos técnicos. No que se refere à qualificação política, instrumento decisivo para o desenvolvimento da função de conselheiros, a conjuntura política inviabiliza o exercício da "cidadania ativa", adotada aqui numa perspectiva de soberania popular, de direitos humanos e no contexto da democratização do Estado e da sociedade. (COELHO, 2007). Esse componente para empoderamento dos usuários é evidenciado na RIDE na medida em que os usuários se deparam com os outros "problemas sociais".

O componente da baixa qualificação dos usuários pode explicar porque não foi citada nas entrevistas a questão das deliberações do CMS e nem se elas são acatadas pelo gestor. O processo deliberativo corresponde a esta instancia central da política de saúde que suporia que as partes envolvidas fossem igualmente informadas sobre processos, organização e financiamento do sistema de saúde; que fossem também politicamente legitimadas com forte vocalização de demandas e capacitações técnicas equivalentes (GERSCHMAN, 2007).

Em estudo sobre a democratização dos CMS, Vera Coelho mostra que há processos políticos e institucionais que contribuem para mudar o perfil e o escopo da participação da sociedade civil nas políticas públicas. Porém, aponta que em

vários casos essa participação se materializou graças a atores que já possuíam laços com autoridades públicas, seja na condição de aliados políticos, seja como prestadores de serviços. Por vezes, as autoridades públicas precisam assegurar a participação da sociedade civil e chamar seus aliados para desempenhar esse papel. Os processos participativos poderiam, assim, representar um novo mecanismo para excluir os que não pertencem a essas redes sociopolíticas (COELHO, 2007). Nos municípios da RIDE fica evidenciada essa articulação, na medida em que os usuários se queixam das influências negativas que o seu apoio a candidatos a cargos eletivos pode trazer para sua atuação dentro dos Conselhos.

Como afirmado inicialmente, para romper o isolamento, os usuários fazem interlocuções parciais e um tanto equivocadas ao articular ação com o legislativo local e Ministério Público em detrimento de uma associação mais sólida com a comunidade. Porém, em relação ao MP, apesar das críticas por muitas vezes esse ente configurar uma “porta de entrada” no sistema, há bons resultados na parceria com os CMS. O MP, como instância legítima de proposição e fiscalização das ações de saúde tem trabalho em parceira com os CMS. Essa parceria tem sido uma prática cada vez mais freqüente na mediação entre gestores e usuários.

A articulação do MP com o CS qualifica a atuação do Conselho frente aos gestores, tanto em termos simbólicos como práticos, porque faz cumprir a força da lei, ou seja, que se garanta o atendimento, além de permitir ampliar os serviços públicos de saúde. A interlocução entre essas instâncias pode representar avanços no exercício da cidadania, se houver uma articulação que permita a análise do conjunto do atendimento das necessidades mais amplas da população do município (SHIMIZU, 2008).

Apesar dos pesares, grande parte dos usuários reconhece os espaços dos CMS como uma conquista da sociedade brasileira e da região. Afirmam inclusive que a participação na área da saúde deveria servir de referência para as outras políticas públicas dos municípios. Como apontado em estudo anterior sobre a participação na AB na RIDE-DF, a articulação do CS e da participação mais ampla na definição das políticas e ações de saúde no âmbito do Conselho com as

demandas concretas da população é imprescindível, uma vez que favorece a participação cidadã, direciona o planejamento das práticas regulatórias e contribui para impor obstáculos à cultura clientelista e assistencialista, ainda fortemente presente na relação dos gestores com os usuários do sistema (SHIMIZU, 2008).

4.3 Classe 2: Participação e Representatividade nos CMS – integração entre as duas formas de democracia

Esta classe está associada à região de Pirineus e do Distrito Federal. Nesta classe, o discurso dos sujeitos está organizado em torno da forma de escolha dos usuários, das fragilidades dessa representação e das possibilidades da participação direta, principalmente por meio das Conferências de Saúde. Ela abre espaço para uma discussão que vem a reboque de novas práticas de participação que ocorrem na AL, em resposta às políticas neoliberais que varreram o continente a partir do final dos anos 1980, como tentativa de encontrar caminhos alternativos para esse modelo fortemente calcado no mercado. Também sinaliza para as possíveis percepções dos usuários acerca do CS e Participação em Saúde.

Nessa classe fica evidente que os usuários fazem constantes referências ao respaldo legal, sobre o qual o CMS funciona, demonstrando que é presente no imaginário dos usuários. Existe menção tanto às leis e resoluções federais, quanto às leis de criação dos CMS nos municípios. Os usuários também fazem referência à composição e à paridade entre os segmentos dos CMS.

A institucionalização legal dos espaços de participação ocorreu com a promulgação das leis do SUS, em particular da Lei 8.142, que dispõem, entre outras maneiras, sobre a participação da comunidade na gestão em cada esfera de governo. Textualmente reza: “o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância

correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (...) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos" (BRASIL, 1990). Taís diretrizes foram confirmadas em diversas resoluções do CNS destinadas a regularizar e uniformizar os Conselhos de Saúde no país, com maior ênfase a Resolução 333, de novembro de 2003, que caracteriza e discrimina quais entidades podem compor o segmento dos usuários.

Na RIDE-DF, aparentemente, os CMS respeitam à legislação em aspectos como composição paritária e participação das entidades sociais no segmento dos usuários. Porém, pode ser apreendido nas falas que há muitos desvios. Os problemas vão desde "usuários fantasmas", quando estes nunca comparecem, bem como usuários que poderiam ser caracterizados por desvio de conduta, pois são indicados pelos gestores e atuam em prol destes, como visto nas classes anteriores. Em visita em *lócus* para realização das entrevistas pode-se constatar que vários conselheiros que se identificam como usuários fazem parte dos quadros funcionais do município, como apontado na classe anterior.

O tema central tratado nessa classe está relacionado à questão da representatividade nos Conselhos, bem como sobre os sentidos da participação e controle social. Para Boaventura Santos, para se entender os espaços de participação, há que se debruçar sobre o que ele caracteriza como pressuposto Participativo (SANTOS, AVRITZER, 2005). Este se baseia em três grandes princípios e em um conjunto de mecanismos de participação na tomada de decisões dos governos. São eles: todos têm o direito de participar; a participação é dirigida por uma combinação de democracia direta e representativa e se realiza por meio de instituições de funcionamento regular cujo regulamento interno é determinado pelos participantes; e, os recursos de inversão (prioridades em saúde) são distribuídos de acordo com uma metodologia que combina critérios de prioridade estabelecidos pelas instituições participantes com critérios técnicos (viabilidade técnica e econômica) definidos pelo executivo ou por normas legais (SANTOS, AVRITZER, 2005).

A questão da representatividade das lideranças pode ser considerada ao averiguar a forma com que estas são eleitas, agem e interagem com os processos de decisão, bem como do tempo de permanência nos espaços de representação (DEMO, 2001). Parece haver um esgotamento nessa forma de relação do Estado com a sociedade civil, concretizada no *modus operantis* dos CMS na região. Com os CMS, inicia-se uma prática bastante recente de representação de usuários e moradores assentados no espaço municipal. O exercício dos direitos políticos é ainda bastante precário, considerando que a participação nas decisões junto ao governo municipal não possui registro na história nem na cultura polícia das comunidades na região da RIDE-DF. Em que pese a intensa mobilização e organização popular dos anos 1980 apontar para um horizonte de vitalidade democrática, a opulência com que o neoliberalismo varreu o continente surtiu efeito perverso nesse processo.

Hoje, passadas duas décadas, o movimento popular em saúde quase que desapareceu da cena política, e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira. Os projetos societários compartilhados com o Estado, expressos na carta Constitucional em diversos campos de política social de seguridade, saúde, educação, habitação, e que caracterizaram o início da democracia, se tornaram confluência perversa entre um projeto participatório construído, a partir dos anos 1980, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de um estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos sociais. Pode-se salientar ainda que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva.

Apesar de os CMS terem permanecido como organismos deliberativos na implementação da política de saúde, a questão da cidadania social e da democracia participativa é apropriada no discurso e instrumentalizada na operacionalização de políticas focalizadas de atenção primária à saúde apenas. Por sua vez, os conselheiros representantes da sociedade nos Conselhos perderam a base política de sustentação sobre a qual tinha se forjado a identidade

e a mobilização política características do movimento popular em saúde (GERSCHMAN, 2004).

De fato, trata-se de uma representação difusa. Na medida em que a participação política se viu profundamente afetada na última década, resultando na polarização entre a atuação institucional e a mobilização social, e praticamente com a desaparição dessa última, a disjuntiva entre representação e delegação institucional tem inclinado a balança em favor desta. Nos municípios da RIDE, são as comunidades que escolhem seus representantes no Conselho, ou são as associações, das quais os conselheiros são parte, que designam seu representante no CMS. De outra parte, os mecanismos utilizados para a eleição dos representantes têm baixa visibilidade, ao tempo em que a legitimidade dos conselheiros é justificada pela constatação de ter sido "eleito" sucessivas vezes para exercer o cargo.

Em relação à forma de escolha das organizações sociais para comporem o Conselho, é fundamental que seja realizado em fórum próprio da sociedade civil, a fim garantir a legitimidade das instituições que participam perante um espaço público (SANTOS, 2005). Nesse sentido, verificou-se nesta classe que os municípios da RIDE-DF que adotam postura mais democrática são aqueles poucos que fazem a eleição dos representantes do Conselho em Conferência Municipal. A indicação e escolha dos conselheiros em assembléias abertas podem indicar ainda elementos positivos, por um lado, se atenua a interferência de prefeitos e secretários de saúde, e, por outro, pode induzir as associações a democratizarem-se mais, já que muitas vezes reproduzem em seu interior os mesmos resquícios autoritários e excludentes que atravessam a sociedade local como um todo (LABRA ; GIOVANELA , 2007).

A escolha autônoma pela sociedade das organizações sociais que farão parte dos Conselhos tem como finalidade garantir os princípios básicos da representatividade dessas organizações e da autonomia da sociedade em relação ao Estado. Dessa feita, os CMS da RIDE-DF em que os secretários municipais fazem a escolha dos representantes para o colegiado têm prejuízo do princípio da representação da sociedade civil, na medida em que a participação só está aberta

aos sujeitos escolhidos pelo poder público, o que corrobora para a manutenção do núcleo de poder existente (DEMO , 2001).

Ressalte-se que a Resolução 333 determina que o presidente seja eleito entre os membros do Conselho, a fim de viabilizar maior horizontalização nas relações de poderes entre os membros dos Conselhos de Saúde. Entretanto, na RIDE-DF, segundo pesquisa do MS, em um total de 23 municípios apenas sete foram eleitos (BRASIL, 2003). Essa resolução diz ainda que a presidência dos CMS não deve preferencialmente ser ocupada pelo gestor, mas na RIDE-DF, conforme o resultado do mesmo estudo referido antes, verificou-se que cinco são gestores, cinco são trabalhadores, cinco são usuários, um é prestador e há sete sem informação. Dos segmentos dos usuários, verificou-se maior expressividade dos representantes das igrejas, representantes da associação de moradores, dos portadores de patologias, dos portadores de deficiência e outros movimentos sociais (SHIMIZU, 2008).

É relevante os CS agregarem os representantes de usuários acima mencionados, que podem trazer as suas demandas para discussão nesse espaço público, mas é necessário reconhecer que a representação popular nos CS ainda é bastante incipiente, no sentido de abarcar setores pouco organizados, que são formados comumente majoritariamente pelos excluídos da dinâmica social e econômica dos municípios (DEMO, 2001).

A ampla participação dos associados na escolha dos representantes para os CS e na definição da sua atuação é importante para conformar um associativismo mais participativo. Nessa direção, tem sido discutida a importância da formação de um capital social, um dos elementos que conformam uma comunidade cívica, em que o associativismo se organiza de forma horizontal, não centralizada, a fim de que seus membros sejam sujeitos de novas relações sociais, baseadas nos valores de solidariedade, dos direitos, do interesse público (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Outro nó no tocante à representatividade é a dificuldade existente no reconhecimento à atuação dos representantes, devido a problemas existentes na relação entre os representantes dos usuários e dos profissionais de saúde (pois

em teoria, todos somos usuários do SUS), às dificuldades que os conselheiros passam para poder participar das reuniões e ao baixo grau de comparecimento a elas por parte do conjunto dos conselheiros. A representação direta dos usuários dos serviços de saúde é difícil por conta de sua dispersão e falta de articulação interna. Os movimentos sociais foram historicamente um espaço de aglutinação das comunidades populares, mas nos últimos anos sofreram um esvaziamento importante do seu papel político de representação e articulação de demandas (GERSHMAN, 2004).

Isso é relevante para se pensar que o papel dos representantes dos usuários será tanto mais importante quanto a retaguarda que a entidade que ele representa lhe oferecer em termos de apoio para a busca de direitos e mobilização social. Na realidade, os Conselhos não são virtuosos em si. Tornam-se virtuosos na medida em que são percebidos como espaços de decisão construídos pela capacidade efetiva de atuação da representação popular da coletividade (CACCIA, 2000). Nessa perspectiva, faz-se necessário buscar outros espaços de escuta das demandas da população a fim de identificar, inclusive, outros modos de participação mais ativos de atores diversos em diferentes arenas de decisão e em permanente negociação.

Essa classe também sublinha uma distinção não muito nítida entre formas de participação em saúde e o controle social. Os dois termos são polissêmicos e geram controvérsia e calosos debates. De acordo com o venezuelano Briceño-leon, em estudo sobre os sentidos da participação comunitária na AL, as mudanças no sentido da participação são decorrentes de alterações socioeconômicas que os países do continente sofreram nos últimos 40 anos. Os sentidos podem englobar a participação como: manipulação ideológica, facilitadora da ação médica, subversão, movimento de base, utilizadora de mão-de-obra barata, promoção popular, complemento ao estado, privatização, crítica ao poder, organização democrática e mecanismo de transformação do setor saúde (BRICEÑO-LEON, 98). De acordo com as falas destacadas no ALCESTE, pode-se inferir que na RIDE-DF há um combinado de sentidos em que predomina a forma burocrática onde as instituições participam e a participação como

complemento do Estado, porém sempre sem um povo organizado participando nos espaços institucionalizados dos CMS.

Sobre o Controle Social, o termo é originário do campo das ciências sociais e apropriado pelo movimento sanitário com um sentido oposto. O termo é utilizado para designar o controle que o Estado exerce sobre a sociedade por meio de suas instituições com o objetivo de reduzir, ou mesmo evitar, conflitos sociais e comportamentos desviantes. É a própria microfisíca do poder, na qual as instituições interferem no cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente, trata-se de uma noção fortemente normativa e disciplinar relativa à vida em sociedade (FOUCAULT, 2004).

No campo da saúde e na conjuntura da transição à democracia, essa noção indicava uma nova modalidade na relação Estado com a sociedade. O CS foi concebido como a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública e consistiria na apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (GERSHMAN, 2004).

Os mecanismos de CS seriam, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressuposto para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do CS sobre o Estado contribuiria, assim, para o alargamento da esfera pública. Nesse sentido, a viabilidade do CS seria condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação nos CMS. Porém, poucos entrevistados atribuem ao CMS o papel de viabilizar o CS, desafiando esse formato otimista da concepção original. A noção de CS na RIDE aproxima-se mais do aludido por Correa, que sugere que este é a permanente prestação de contas dos gastos públicos à sociedade e o envolvimento desta com o trato da administração de bens e serviços públicos (GERSHMAN, 2004).

4.4 CLASSE 3: O Conceito Ampliado de Saúde na Região e a Fala da Promoção

A classe 3 traz um interessante discurso que pode ser caracterizado, ainda que timidamente, como um conceito ampliado de saúde. Aqui a questão da qualidade de vida é apontada pelo ALCESTE como elemento estruturante dos discursos da região do Entorno Sul, que tem sido transformada por intenso desenvolvimento econômico nos últimos 20 anos. Além dessa lógica que é apontada aqui como “fala da promoção”, perpassa nos discursos toda uma questão do território, que é trabalhada no setor saúde pela ótica da regionalização.

É patente na literatura que o moderno sistema industrial capitalista depende de recursos naturais em uma dimensão desconhecida a qualquer outro sistema social na história da humanidade, além de contaminar águas, ar e solo (RIGOTO; AUGUSTO, 2007). O momento em que vivemos, do incremento do capitalismo global via o neoliberalismo, faz com que até mesmo esses problemas criados pelas relações de produção e consumo das sociedades sejam transformados em oportunidades de negócios, e são inventadas soluções-mercadorias: água potável engarrafada, academias, os diversos produtos da indústria de segurança e da despoluição, medicamentos, etc. (CANTOR, 2005).

Nesse contexto, os recursos naturais, os riscos tecnológicos e ambientais gerados pelos processos de produção e consumo, e também a degradação ambiental e os agravos à saúde que causam, são distribuídos de forma desigual no espaço, entre os segmentos sociais e entre as sociedades. Essa estratificação sócio-espacial é exemplar na RIDE, determinando uma teia complexa que articula as dinâmicas econômicas, sociais e políticas, as quais geram, nomeiam, localizam, negociam, regulam, controlam, eliminam ou potencializam os riscos do processo saúde-doença (RIGOTO; AUGUSTO, 2007).

É preciso considerar ainda que a vulnerabilidade dos diversos segmentos sociais aos novos riscos desigualmente introduzidos nesses territórios também não é igual. Fatores como o estado nutricional, a escolaridade, as possibilidades de acesso à informação, o grau de cobertura e a qualidade das políticas públicas,

entre outros, implicam diferenças nos tipos e na extensão dos impactos dos riscos que sofrerão essas populações (RIBEIRO, 2007; NAJAR; PERES, 2007).

As características sócio-ambientais encontradas na região do Entorno Sul confirmam o apontado pela literatura consultada (FREITAS, 2005; RIGOTO; AUGUSTO, 2007; NAJAR; PERES, 2007; RIBEIRO, 2007). Quando os problemas ambientais são causados por fontes locais, freqüentemente suas proximidades são habitadas por grupos sociais mais pobres, enquanto os mais ricos ocupam áreas menos degradadas. À insuficiência de serviços básicos de saneamento, de coleta e destinação do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionadas à pobreza e ao subdesenvolvimento, somam-se a poluição química e física do ar, da água e da terra, provocando uma gama de doenças.

De fato, a apropriação e distribuição dos recursos de um território são definidas em processos políticos, em que a decisão depende fortemente das disputas entre as forças sociais hegemônicas e os movimentos sociais – processos que remetem aos níveis de democratização das instituições políticas. Nessa perspectiva, não é difícil compreender como movimentos sociais de diferentes lugares vieram a questionar a noção de igualdade entre todos os cidadãos na exposição a riscos – implícita no conceito de sociedade de risco (RIGOTO; AUGUSTO, 2007).

A fala do usuário, ao afirmar que meio-ambiente saudável também é direito da população, é preciosa. Ao se pensar no conceito de Justiça Ambiental, deve-se questionar a enorme concentração de poder na apropriação dos recursos ambientais e as dinâmicas sociais e políticas que, em sociedades desiguais, “destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos raciais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis” (RIBEIRO, 2007).

É no interior desse antagonismo (forças sociais *versus* forças produtivas) que o território pode ganhar novo papel, atribuindo às comunidades a possibilidade de se reverem diante da globalização, ampliando sua visão de consciência, impondo um novo pensamento global em cada local para transformar

suas más condições em favor da vida (RIGOTO; AUGUSTO, 2007). No caso da RIDE, é o território com todos os seus lugares, cidade e campo, onde podemos denunciar a profunda crise decorrente dos impactos na saúde do crescimento desordenado motivado pela lógica da produtividade.

Nesse cenário de complexidades, a fala da promoção pode ser retomada, pois tem como suporte o desenvolvimento de políticas públicas para se viver com qualidade, além do reforço à ação comunitária, preocupação com o meio ambiente e re-orientação dos serviços com participação da comunidade (MELLO, 2000; OTTAWA, 1986).

Apesar de no Brasil haver um caloroso debate entre os “promocionistas” e os “reformistas”, pois estes afirmam que a reforma sanitária trabalha mais estruturalmente essas questões do que a promoção, e que esta carrega o viés dos organismos internacionais financiadores, a Promoção da Saúde tem a vantagem de trazer um discurso que pode ser identificado globalmente. Apesar do embate, as duas propostas trazem um olhar diferente sobre a saúde pública, cujo cenário pressupõe intervenções interdependentes sobre a qualidade de vida como objetivo básico do ser humano. Também é válido lembrar que a Promoção da Saúde se aproxima dos clássicos da medicina social, já que trabalha a relação intrínseca entre condições e qualidade de vida e saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Dessa forma, a proposta da Promoção da Saúde permanece inovadora e de indiscutível contribuição tanto para os sistemas de saúde de países desenvolvidos como para aqueles em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Os pressupostos básicos para viabilizar a lógica da Promoção da Saúde continuam sendo a presença de governos democráticos com participação social efetiva e com determinação política de agendamento de propostas, condições essas que, na RIDE, como demonstrado em classes anteriores, tem sua potência reduzida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

No Brasil, embora a Promoção da Saúde esteja explicitada na Lei Orgânica Nacional de Saúde e tenha respaldo nas Conferências de Saúde, políticas e/ou ações nesse sentido não têm sido implementadas. Mesmo que a Conferência Internacional de Meio Ambiente, Desenvolvimento e Saúde realizada no Brasil

tenha encaminhado um conjunto de propostas pertinentes ao tema, a consecução de ações foi incipiente até o momento. Não obstante venham sendo desenvolvidas experiências com pesquisas em Promoção da Saúde, permanecem equívocos ideológicos no que se refere à sua concepção nos serviços de saúde, sendo freqüente o uso inadequado do termo pelos profissionais, que o confundem com práticas de prevenção e/ou de educação para a saúde (FREITAS, 2005).

A Promoção da Saúde, em seus aspectos ideológicos, é um empreendimento considerado de natureza holística que, conectado a dinâmicas de transformação social, demanda estratégias articuladas às necessidades sentidas, percebidas e desejadas pela população (NAJAR; PERES, 2007). Contudo, a implementação de ações e/ou programas segue caminhos de paciência, pois seus resultados, quase sempre, só são visíveis a médio e/ou longo prazo. Como todos os processos, que são coletivos, envolvem trabalho contínuo com pauta de transformações de ordem estrutural e conjuntural (WESTPHAL, 2000).

As experiências, às vezes conflituosas, colaboram para rupturas de paradigmas tanto no aparelho institucional público quanto da complexidade do conjunto dos sujeitos sociais envolvidos, demandando desdobramentos de construção – reconstrução – transformação. A prática com Promoção da Saúde deve estar alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, bem como em acordo com os princípios da filosofia Freiriana (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Finalizando, ainda que se reconheça que poderosos determinantes estejam freqüentemente situados fora do setor saúde e bastante ligados ao que se consideraria, no senso comum, como componentes da qualidade de vida, os Conselhos de Saúde da RIDE não intervêm sobre eles, sentem-se impotentes ou simplesmente passam ao largo de tais relações. Na maioria das vezes, apesar de algumas tentativas isoladas, adotam uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados determinantes extra-setorial e entre a população sob risco ou em situação de vulnerabilidade e o poder público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, é valido ressaltar que os resultados deste estudo confirmam a implementação dos Conselhos de Saúde como um dos componentes de maior vanguarda na nova relação entre Estado e Sociedade Civil, resultante da Constituição de 1988. Em que pesem as várias dificuldades para o exercício das suas funções legais, os usuários avaliam positivamente algumas das transformações trazidas pelo envolvimento da população com a política de saúde na região, principalmente através da prestação pública das contas pelo gestor.

É necessário enfatizar que a realidade desses novos atores, marcada por um contexto que pouco propicia a participação democrática, é caracterizada por precárias condições de trabalho que dificultam o exercício do Controle Social. São, na maioria das vezes, e quando usuários de fato, trabalhadores sem auxílio financeiro que disponibilizam seu tempo na possibilidade de um sistema mais includente, que sinalize para uma real universalidade na saúde e com resolutividade nas suas ações.

Mais ainda que a gentileza e atenção com que nos receberam nos diversos momentos da pesquisa, a angústia por serem ouvidos, falarem e encontrarem soluções para seus problemas sempre foi a tônica dos encontros com os conselheiros. E é justamente essa angústia, principalmente por legitimidade, uma das principais características para a qual a análise chama atenção. Sentem-se muitas vezes desprestigiados na relação com os gestores e profissionais de saúde, e tentam, de forma incompleta, amplas articulações com o Legislativo Local e Ministério Público. Porém, não conseguem produzir e concretizar uma relação de maior vitalidade com a própria população que representam, apesar de apontarem a necessidade de tal envolvimento.

Essa dificuldade no envolvimento da comunidade e a conseqüente baixa participação popular nos espaços dos conselhos têm uma de suas explicações na forte burocracia que rege a lógica operacional da maioria dos CMS na região. É a característica principal de um ciclo vicioso, onde usuários com baixa qualificação entram nos CMS, e por não saberem o que fazer lá dentro, reproduzem mais

burocracia, fragilizando assim a participação na região. E é exatamente essa burocratização, recrudescida pelo excesso de normatização do SUS a partir dos anos 90, que impede que a lógica dos usuários se faça sentir concretamente nesse novo modelo proposto.

Esse distanciamento da população se fez presente nos discursos na maioria dos usuários. Na manifestação dos conselheiros, esteve sempre presente a ambivalência resultante do exercício de uma representação que vem sofrendo esvaziamento político na ausência de movimentos sociais e no interior das comunidades populares. Já que grande parte da região tem pouca diversidade e densidade de movimentos sociais e representações comunitárias, a questão da representatividade foi chave para a análise do estudo, bem como a questão da escolha dos usuários e o tempo de permanência nos CMS.

Ficou evidente que a escolha dos representantes não se dá de maneira muito democrática, ou com gestores apontando quem representará os usuários, ou com as instituições de maior tradição indicando representantes sem consultar suas bases. A exceção se dá quando ocorrem eleições durante as conferências que, aliás, foram muito bem avaliadas pelos usuários como um espaço de participação direta mais amplo para a comunidade. Também foram constatados problemas quanto à permanência dos usuários, já que em grande parte dos municípios, ou esses conselheiros tem seu mandato renovado, ou assumem seus suplentes, não havendo um rodízio saudável com a entrada de novos usuários se apropriando deste espaço.

Outra constatação que se apresenta como preocupante é o silêncio quanto ao papel dos CMS na discussão das necessidades em saúde da população. Apesar do estudo indicar que os CMS funcionam com certa regularidade e dentro de normas legais, o papel primordial dos conselheiros de apresentarem as reais necessidades da população para balizar a tomada de decisão pelo gestor não é desempenhado na RIDE-DF. Isso inviabiliza um dos principais ideários da reforma sanitária e do SUS que se constitui na mudança do modelo de atenção, fundamental para dar maior racionalidade ao sistema.

Também chamou atenção a presença do discurso do usuário próximo ao da Promoção da Saúde, com a fala dos determinantes sociais articulando a questão ambiental, a contaminação da água, violência e drogas e um conceito ampliado de saúde onde o patrimônio histórico e cultural da região também tem seu lugar. Apesar destas questões serem identificadas como uma classe, elas não são debatidas ou tratadas dentro dos Conselhos de Saúde.

Essas e outras constatações apontadas pelo estudo indicam a necessidade de se repensar algumas práticas dos CMS na RIDE-DF e ousar mais no envolvimento da comunidade para a efetivação do Controle Social. O próprio novo conceito de regionalização traz a possibilidade de identificação e utilização de novos espaços regionais para participação da população na forma de plenárias ou fóruns. Há ainda que se lembrar que um dos objetivos do Colegiado de Gestão Regional da RIDE é o próprio auxílio no fortalecimento do Controle Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Social control and information democratization: a process under construction. **Rev. latinoam. enferm.,** Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-82, May/Jun. 2003.

BORON, Atílio A. Os "Novos Leviatãs" e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo II**: que Estado para que democracia? Petrópolis : Vozes, 1999.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro : J. Zahar, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 19 de dezembro de 1991. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, v. 78, n. 249, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional; BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno:** desafios e propostas para a constituição de um sistema integrado de saúde. [S.l.: s.n.], 2003. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde:** saúde como direito. Brasília : Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. [Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde]. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, n. 236, 4 dez. 2003. Seção 1, p. 57.

BRICEÑO-LEON, R. El contexto político de la participación comunitária en América Latina. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 141-7, 1998.

CALVINO, I. **O dia de um escrutinador.** São Paulo : Companhia das Letras, 1994.

CAMPOS, M. S. C.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-8, jul-ago, 2005.

CANTOR, R. V. **Los economistas neoliberales:** nuevos criminales de guerra. Caracas : Centro Bolivariano, 2005.

CACCIA, B. S. Os Conselhos como Instrumentos da Sociedade. In: Carvalho, M. C.; TEIXEIRA, A. C. (Orgs). Conselhos **Gestores de Políticas Públicas. Revista Polis 37**. São Paulo: Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 2000.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital.** São Paulo : Xamã, 1996.

COELHO, V. S. P. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos,** n. 78, p. 77-92. 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. **Declaração de Alma-Ata.** Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A saúde na opinião dos brasileiros:** um estudo prospectivo. Brasília : CONASS, 2003.

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

DALLARI, S. G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-40, out./dez. 1996.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa.** Campinas : Papírus, 2001.

FIGUEIREDO, J. E. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro.** 2001. 1 v. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 19. ed. São Paulo : Graal, 2004.

FREITAS, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 679-701, maio-jun. 2005.

GERSHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-81, nov./dez. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2007**.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1., 1986, Ottawa. **Ottawa charter for health promotion.** Disponível em:

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em 20 jun. 2008.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.537-47, 2002.

LABRA, M. E.; GIOVANELLA, L. **Estudio de caso:** Brasil, construcción del Sistema Único de Salud y participación de la sociedad civil. Rio de Janeiro : Fiocruz/ Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, 2007.

MELLO, D. A. Reflexões sobre a promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1149, out./dez. 2000.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 25. ed. Rio de Janeiro : Vozes, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo : Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, 2000, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NAJAR, A. L.; PERES, F. F. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 675-82, 2007.

OBSERVATÓRIO GEOGRÁFICO DE GOIÁS. Desenvolvido pelo Departamento de Geografia do Instituto de Estudos Sócio-Ambientais da Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <http://www.observatoriogeogoias.com.br/>. Acesso em 10 jul. de 2008.

PAIM, J. S. Contribuições do marxismo para a reforma sanitária brasileira. In: PEREIRA, M. F. ; SILVA, M. D. F. (Org.). **Recortes do pensamento marxista em saúde:** seminário 2006. Brasília : UnB, Núcleo de Estudos de Saúde Pública, 2006a.

PARTICIPANETSUS. Desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/>. Acesso em 10 jul. de 2008.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1992.

QUALISUS. **Sumário de dados das regiões metropolitanas.** Universidade Estadual de Campinas\Núcleo de Estudos de População (NEPO). [S.l.: s.n.], 2008. Mimeografado.

REINERT, M. **ALCESTE:** Une Methologie d' analyse dês donnes textuelles et une application: aurélia de gerard de nerval: **Bulletin de Methologie Socioligique**. N.26, p.24-54, 1990.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

RIGOTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniqüidade social. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, 2007, v. 4, p. 475-501, 2007. Suplemento 23.

SADER, E. **A vingança da história.** São Paulo : Bom Tempo, 2003.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político nas pós-modernidade. 11. ed. São Paulo : Cortez, 2006.

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

SANTOS, M. **Por uma outra globalização.** 5. ed. Rio de Janeiro : Record, 2004.

SCHIERHOLT, S. R.; OLIVEIRA, M. O. Análise do conselho municipal de saúde em três municípios que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Brasília, 2004.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, socialismo e democracia.** Rio de Janeiro : Fundo da Cultura, 1961.

SHIMIZU, Helena Eri. **O controle social do SUS no âmbito da Atenção Básica na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno.** Brasília : Universidade de Brasília, 2008. Projeto de Pesquisa do CNPq, iniciado em 2006.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde:** mediações de um conceito (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde). 1991. 1 v. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

WEBER, M. **Conceitos sociológicos fundamentais.** Lisboa : Edições 70, 2002.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, 2000, v. 5, n. 1, p.39-51, 2000.

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3