



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**FABIANA SALES VITORIANO UCHOA**

**O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO  
SEGMENTO DE USUÁRIOS**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2013**

FABIANA SALES VITORIANO UCHOA

O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO  
SEGMENTO DE USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública DO Centro de Ciências da Saúde Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira.

FORTALEZA – CEARÁ

2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**  
**Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919**

U17e

Uchoa, Fabiana Sales Vitoriano

O exercício do controle social pelos conselheiros de saúde do segmento de usuários / Fabiana Sales Vitoriano Uchoa. – 2013.

CD-ROM. 101 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira.

1. Controle social. 2. Participação. 3. Conselhos de saúde. I. Título.

CDD: 351.841



U.E.C.E

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP**

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO SEGMENTO DE USUÁRIOS."**

Nome da Mestranda: **Fabiana Sales Vitoriano Uchoa**

Nome da Orientadora: **Profa Dra Lúcia Conde de Oliveira**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira  
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila  
(1º membro)

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira  
(2º membro)

Data da defesa: 28/12/2012.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde,  
que lutam por um atendimento mais  
humano, mais equânime e mais justo.

Aos meus filhos Gabrielly e João Gabriel,  
razão da minha existência.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia protetor, por me dar sabedoria, coragem e iluminação em toda minha vida e na trajetória desta dissertação.

A minha família, principalmente a minha mãe, pelo amor, carinho, oração e pela simplicidade com que ensinou a buscar os ideais e a transformar sonhos em realidade.

Ao meu esposo, Francisco Klleber, por suportar minha ausência, mesmo com as reclamações diárias, sei o quando fica feliz a cada vitória alcançada.

A minha amiga e grande mestre, Profa. Dra. Thereza Magalhães, por ser persistente em me incentivar a fazer o mestrado, cada vez que nos encontrávamos nos corredores da vida.

Aos meus amigos e amigas do mestrado, especialmente a Juliana Moreira, Ana Celina, Lianna Rosa, Cláudia Monteiro, Ana Geyse, Luiz Marques, Lindemberg Caranha, por compartilhar comigo esperanças, desafios, impaciências e muitas alegrias.

A minha querida e admirável orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Lucia Conde de Oliveira, exemplo de simplicidade, sabedoria, paciência e dedicação.

A Prof<sup>a</sup>. Dra. Marlene Ávila pelos ensinamentos nos encontros do PET Saúde/UECE e por fazer parte desse momento tão especial.

Aos conselheiros de saúde que tentam exercer com dignidade o direito de cidadania, e que me incentivaram a lutar a cada dia por uma cidadania ampliada.

Aos meus amigos que estão perto e aqueles que estão longe, mas dentro do coração, sempre me apoiando e me incentivando nessa caminhada.

À coordenação do mestrado e aos professores do curso que contribuíram para o meu crescimento.

A grande Maria, com a sua simplicidade e espírito solidário, sempre me recebia com alegria e entusiasmo.

Minha eterna gratidão!

## RESUMO

O controle social emergiu no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980, por meio do Movimento de Reforma Sanitária, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e está consolidado dentro do marco legal da reforma do setor saúde, institucionalizado na Constituição Federal de 1988 e nas leis 8080/90 e 8142/90. Os conselhos de saúde têm o papel de operacionalizar o controle social na construção de políticas públicas. Atuam nas três esferas de poder e são definidos como órgãos colegiados, compostos de forma paritária por usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestão. O objetivo da pesquisa foi apreender o exercício do controle social por conselheiros de saúde no segmento de usuários no município de Fortaleza-Ceará-Brasil. O estudo é de natureza qualitativa, crítico e reflexivo. Os sujeitos da pesquisa foram conselheiros municipais de saúde que representam o segmento de usuários das Secretarias Regionais de Saúde no conselho municipal de saúde. Utilizamos a abordagem teórico-metodológica da análise de conteúdo crítica-reflexiva de Minayo, para a interpretação dos resultados. O panorama encontrado aponta algumas dificuldades para o exercício do controle social, como a falta de conhecimento dos conselheiros sobre o próprio papel do Conselho Municipal de Saúde na esfera política, social e sanitária limitando a eficiência de sua atuação. A cultura política local, a disputa do poder, o imediatismo da comunidade, a dificuldade financeira dos conselheiros e a falta de apoio da gestão dificultam o exercício do controle social na opinião dos conselheiros. Os avanços foram percebidos como crescimento pessoal e maior compromisso maior dos conselheiros em defesa do SUS. Como desafios destacam-se o permanente diálogo do conselho de saúde com a gestão, o processo de formação dos conselheiros, a defesa do SUS em outras instâncias participativas.

**Descritores:** Controle Social, Participação; Conselhos de Saúde.

## **ABSTRACT**

Social control in Brazil emerged from the process of democratization in the 1980, through the movement of health reform, the construction of the Unified Health System (SUS) and is consolidated within the legal framework of health sector reform, institutionalized in 1988 Federal Constitution and the laws 8080/90 and 8142/90. The health councils have a role to operationalize social control in the construction of public policies. Operate in three spheres of power and are defined as collective bodies, composed of equal numbers of users of health services, health professionals, service providers and management. The objective of the research was to understand the exercise of social control by health counselors in the segment of users in the city of Fortaleza. The study is qualitative, critical and reflective. The research subjects were councilors representing the health segment of users of Regional Health Departments in municipal health council. We use the theoretical and methodological content analysis of critical-reflective Minayo for the interpretation of the results. The picture shows some found it difficult to exercise social control. The first point to be noted is the lack of knowledge of the directors on the proper role of CMS in the political, social and health by limiting the efficiency of its operations. The local political culture, the contest of power, the immediacy of the community, financial hardship and lack of management support hinder the exercise of social control in the opinion of the directors. The advances were perceived as greater personal growth and commitment of directors in defense of SUS. As challenges we highlight the ongoing dialogue with the board of health management, process training of counselors, defense SUS other participatory models.

**Descriptors:** Social Control, Participation, Health Councils.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BNH	Banco Nacional de Habitação
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRS	Conselho Regional de Saúde
CS	Conselho de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
Funrural	Fundo de Assistência Rural
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SENECE	Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará
SER	Secretaria Executiva Regional
SERCEFOP	Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Localização Geográfica do Município de Fortaleza.....	45
Figura 2 –	Mapa de Fortaleza e as Secretarias Executivas Regionais.....	46
Figura 3 –	Composição do CMS de Fortaleza-CE, 2012.....	49
Figura 4 –	Composição do segmento de usuários no CMS de Fortaleza-CE, 2012.....	49
Figura 5 –	Distribuição de assentos nas reuniões do CMS.....	66

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Escala Padrão de Participação.....	30
Quadro 2 –	Limites e desafios dos conselhos de saúde.....	43
Quadro 3 –	Perfil Biográfico dos Usuários Entrevistados do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.....	57
Quadro 4 –	Síntese das pautas das plenárias realizadas no CMS de Fortaleza no período de março a outubro de 2012.....	71

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1	O DESPERTAR DO TEMA.....	13
1.2	DELIMITAÇÃO DO OBJETO.....	15
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEORICO.....</b>	<b>21</b>
2.1	CIDADANIA: direito a ter direitos.....	21
2.2	OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PARTICIPAÇÃO.....	28
2.3	ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS DO CONTROLE SOCIAL...	33
2.4	OS CONSELHOS DE SAÚDE COMO ESPAÇOS DEMOCRÁTICOS DE PARTICIPAÇÃO: limites e desafios.....	36
<b>3</b>	<b>CAMINHOS DA PESQUISA.....</b>	<b>44</b>
3.1	NATUREZA E TIPO DO ESTUDO.....	44
3.2	CAMPO EMPÍRICO.....	44
<b>3.2.1</b>	<b>Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza: um breve histórico.....</b>	<b>47</b>
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	50
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	51
3.5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	53
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	54
<b>4</b>	<b>ANALISANDO E DISCUTINDO OS ACHADOS.....</b>	<b>55</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	55
4.2	DE ESPECTADORES A ATORES SOCIAIS: o caminhar dos conselheiros de saúde.....	57
4.3	CONTROLE SOCIAL NO SUS: concepções dos conselheiros de saúde...	63
4.4	PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO: realidade ou utopia?.....	65
4.5	LIMITES E DIFICULDADES PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL.....	73
4.6	AVANÇOS E DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL.....	79
4.7	FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL: desatando nós, criando laços.....	81
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..	95
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	96
<b>ANEXOS</b> .....	97
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	98
ANEXO B – OFÍCIO DE LIBERAÇÃO PARA APROXIMAÇÃO DO CAMPO.....	100
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA.....	101

## 1 INTRODUÇÃO

Quem não compreende um olhar tampouco compreenderá uma longa explicação (MÁRIO QUINTANA).

### 1.1 O DESPERTAR DO TEMA

O interesse pelo tema surgiu desde meados de 1999. Neste período, iniciei a caminhada no Programa Saúde da Família (PSF), em um município do interior do Ceará. Nesta mesma época, tive a oportunidade de implantar o Conselho Local de Saúde (CLS) na área de abrangência do PSF. A experiência foi exitosa, em pouco tempo a partir dessa experiência, os conselhos locais foram implantados em todos os distritos do município, tendo direito a voz e voto no Conselho Municipal de Saúde (CMS). A experiência vivenciada fomentava a participação popular por meio do controle social. A cada município que trabalhava, procurava me inserir no contexto social e articular com o CMS, ora representando os profissionais de saúde, ora sendo gestora.

Nas reuniões, percebia a potencialidade do controle social, mas ao mesmo tempo, observava que a ação do segmento dos usuários era fragilizada, ocorrendo uma apatia dos usuários ao representar o conselho, pois muitos conselheiros apenas referendavam o que a gestão já decidira. Esta situação sempre me instigava a fortalecer o controle social, tarefa árdua, mas prazerosa. Mesmo com algumas decepções vivenciadas, as experiências me encorajavam a seguir o caminho.

Em 2006, por meio do Concurso Público do PSF realizado pelo Governo do Ceará, surgiu a experiência de integrar uma das equipes do P no Município de Fortaleza. Arelado ao desafio de trabalhar num grande centro urbano, as indagações aumentaram e mais uma vez, despertou-me o interesse em saber como o controle social era efetivado, neste caso, em uma capital brasileira.

Antes de serem inseridos no território, os profissionais participaram do “Curso de Imersão ao PSF de Fortaleza”. Neste curso, tive a oportunidade de conhecer o modelo de gestão proposto por Fortaleza, então denominada de “Gestão Participativa”. Muito se falava em co-gestão, método da roda, planejamento participativo e tive a informação de que os conselhos locais de saúde foram implantados e funcionavam desde o ano 2000 nas Unidades Básicas de Saúde da

Família (UBASF). Com estas informações adquiridas, logo pensei que estava diante da efetivação da participação popular.

Após o curso de imersão, o próximo passo foi conhecer o território e conseqüentemente, participar das reuniões do CLS. Nas reuniões, percebi que estava diante de mais um desafio, pois o conselho era desarticulado, com pouca participação dos usuários e sem resolutividade. As reuniões foram se tornando cansativas e sem resolução, provocando a evasão das pessoas e desta forma, a desarticulação do CLS.

Na prática, observei que muitos profissionais e gestores compactuam com a ideologia dominante que contribui para manutenção do *status quo*. Em contrapartida, numa sociedade de classes, as relações sociais são permeadas de contradições e dentro do próprio Estado capitalista, existe a possibilidade de incluir agendas que atendam os interesses das classes dominadas.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) vem tomando alguns iniciativas para criar projetos que aproximem o momento da formação profissional da população, implementando ações para ordenar a formação dos profissionais de saúde, conforme estabelece a Lei 8.080/1990. Dentro dessas propostas, em 2008, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação criou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Com vistas à implementação do programa, a Universidade Estadual do Ceará (UECE), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), abriu edital para a seleção de preceptores e estudantes para participarem do referido programa.

O PET-Saúde busca inserir estudantes da área da saúde na ESF para vivenciarem o contexto das classes populares e estimular a produção de conhecimentos relevantes na área da atenção básica. Desta forma, visa contribuir para reorientar a formação na perspectiva de construir espaços multiprofissionais e interdisciplinares, fundamentados na educação permanente em saúde, na ESF, na educação popular em saúde e na pesquisa.

Dentro deste contexto, fui selecionada e inserida como preceptora de território. Mais uma vez fui instigada a pensar sobre o controle social, pois o eixo de investigação escolhida pela UECE foi a Participação Popular na Estratégia Saúde da Família.

Ainda nessa trajetória de implicação com o controle social, em Agosto de 2009, fui eleita para representar os profissionais de saúde no Conselho Regional de Saúde (CRS) e, a partir desta escolha, os laços foram se estreitando com o CMS e com o controle social. Em 2012, fui indicada pelo Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará (SENECE) a representar a entidade de enfermagem no CMS, dando continuidade a essa caminhada.

Com a prática, percebi que os segmentos populares, ainda têm sido excluídos dos processos decisórios da agenda central das políticas de saúde. São poucos dispositivos utilizados para o fortalecimento da participação popular e do controle social de modo a ampliar o controle público da sociedade sobre o Estado.

Ao ingressar no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, o desejo de fazer o estudo foi oportunizado, não por simples curiosidade, mas almejando contribuir para a mudança de uma realidade específica.

## 1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Originalmente o termo controle social é entendido como uma forma de regular o comportamento de uma sociedade, estabelecendo normas, costumes e valores. Na sociologia, o controle social estabelece valores e normas aceitas pela sociedade como normas de conduta obrigatórias que resolvem ou reduzem os conflitos entre os indivíduos e grupos (BOTTOMORE, 1987). Na Saúde Pública, o controle social toma outra dimensão, “controlar o que é público” a partir de segmentos representativos da população. O Estado e a sociedade civil são co-autores do exercício do poder público.

De acordo com Carvalho (1995), o controle social é entendido como uma tentativa de estabelecer uma nova relação entre Estado e a sociedade, que implica uma abertura do Estado, para que a sociedade participe de suas decisões.

O controle social emergiu no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980, por meio do Movimento de Reforma Sanitária, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e está claramente definido dentro do marco legal da reforma do setor saúde, institucionalizado na Constituição Federal de 1988 e nas leis 8080/90 e 8142/90.



Especificamente a Lei 8142/1990 descreve sobre a participação da comunidade na gestão do SUS instituindo as conferências e conselhos de saúde como instancias colegiadas nas três esferas governamentais.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde têm, em tese, o papel de operacionalizar o controle social na construção de políticas públicas. Os conselhos de saúde atuam nas três esferas de poder e são definidos como órgãos colegiados, compostos de forma paritária por usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestão (BRASIL, 1988).

Os Conselhos de Saúde têm função ampla, com caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle de execução de políticas de saúde, de acordo com a esfera de governo correspondente (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Neste contexto, os conselhos de saúde são órgãos colegiados, que institucionalizaram a participação social na formulação de políticas públicas, devendo atuar na co-gestão, garantindo formas democráticas participativas. Carvalho (1995) relata que os conselhos são instâncias públicas de formação de opinião e vontade política que expressam a “democratização do acesso ao poder”, formando arenas que possibilitam a apresentação, a defesa e o debate dos diversos atores sociais implicados com a melhoria coletiva de políticas públicas.

Os conselhos têm grande importância na construção das políticas públicas, mesmo com forte influência que o poder público pode exercer na composição e atuação dos conselheiros. O controle social oportuniza espaços de interferência, discussão e deliberação das políticas de saúde, em outra via, são campos que, geram espaços de luta e poder (ACIOLI, 2010).

A expressão controle social tem oportunizado uma concepção democrática de participação social nas políticas públicas (VAZQUEZ et al., 2005; CORREIA, 2008). No entanto, a sua efetivação ainda se torna incipiente. De acordo com alguns estudos e relatórios oficiais realizados, há limitação da participação da população na prática dos serviços de saúde (DIAS, 1998; VALLA, 1998; COHN, 2000; COTTA et al., 2000).

Estes estudos, frequentemente, citam a falta de capacidade técnica e política dos conselheiros e a desigualdade entre os segmentos, criando obstáculos na participação.

Por outro lado, também se destaca a importância dos conselhos para o exercício da cidadania, estabelecendo formas participativas que utilizem ferramentas de educação popular em saúde na formação dos dispositivos de controle social, priorizando diretrizes e estratégias voltadas para o interesse coletivo, contribuindo para a formação de políticas públicas e tomadas de decisões efetivas.

No município de Fortaleza, o CLS foi criado pelo Decreto Municipal nº 10.842 de 31 de julho de 2000, sendo somente consultivo, não tendo caráter deliberativo. A criação do CLS é uma iniciativa para a ampliação da participação popular que pode ser fomentada por profissionais da saúde da atenção primária de saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o potencial de constituir-se em um estímulo à organização comunitária e à autonomia das famílias, visto que o modelo assistencial proposto é o da promoção da saúde, que é baseada no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e sobre a política de saúde, contribuindo para a co-responsabilidade dos usuários do SUS. Oliveira (2006, p. 147-148) relata sobre a formação dos CLS em Fortaleza:

[...] outro caminho escolhido para favorecer a ampliação da participação popular no município foi a aprovação de resolução criando a obrigatoriedade de formação de conselhos locais em todas as unidades municipais de saúde. Desde 1986, quando foi formado o primeiro Conselho Comunitário da Previdência social em uma unidade local do [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-]INAMPS, o município iniciou uma prática de organização de conselhos locais vinculados a unidades de saúde. Mas a existência real desses conselhos dependia do interesse ou sensibilidade de técnicos nas unidades para estimular-lhes a organização ou de movimento popular no bairro que via as experiências de outros bairros e procurava multiplicá-las na sua área. Em 2000, o CMS aprovou uma resolução transformada posteriormente em decreto municipal, definindo a obrigatoriedade de criação e funcionamento de conselhos locais de saúde em todas as unidades de saúde do município. Este decreto vem legalizar os conselhos locais existentes e ao mesmo tempo obrigar aquelas unidades que não tinham conselhos a organizá-los. Com esta medida, as instâncias de participação e controle social sobre a política de saúde do município legalmente institucionalizada passaram a ser as seguintes: o Conselho Municipal de Saúde, os seis conselhos regionais e os conselhos locais. O CMS e os conselhos regionais foram criados por leis municipais, enquanto os conselhos locais por decreto do poder executivo.

Apesar dos esforços para consolidar essa visão mais moderna e complexa de participação, nota-se que o quadro de reordenação social e política reproduz as desigualdades sociais, experimentando um progresso pouco expressivo

da garantia dos direitos civis, políticos e sociais, apresentando na realidade, a construção lenta da cidadania como valor coletivo.

A realidade vivida remete a uma versão híbrida e frágil dos direitos, marcada pela escravidão e exclusão da participação nas decisões da maioria da população, não contribuindo para o amadurecimento da cidadania plena. O perfil vigente de cidadania no Brasil aponta para a existência de grande parte da população à margem da comunidade política, o que certamente tem implicações em nosso padrão de intervenção pública e integração social (CARVALHO, 2004).

A baixa compreensão por parte dos conselheiros sobre princípios que norteiam o SUS, também constitui um entrave à sua participação efetiva. Deste modo, é importante que ocorra qualificação permanente dos conselheiros para o exercício de suas atribuições.

No município de Fortaleza os conselhos de saúde são representados por meio do CMS, CRS e CLS. Os CRS, antes denominados de conselhos distritais, foram criados a partir da reestruturação do CMS. Esta lei tensionou a formulação da Lei Municipal nº 8092 de 21 de novembro de 1997, criando o CRS. Oliveira (2006, p. 143) relata que:

A reforma administrativa de 1997, já referida, gerou a necessidade de uma nova territorialização e da organização de novos conselhos distritais que passaram a ser denominados de conselhos regionais de saúde, criados pela Lei municipal 8.092, de 21/11/1997, cuja composição e competências seriam fixadas pelo CMS e regulamentadas por decreto municipal. Conforme determinado, cada conselho regional indica um usuário, titular e suplente para compor o CMS. [...] no primeiro decreto de nomeação dos conselheiros – Decreto 10.294, de 27/4/1998 – os usuários representantes dos conselhos regionais não foram nomeados, o que só veio ocorrer em 21/9/98, pelo Decreto 10.377/98.

Para ser representante do segmento de usuários no CRS, o conselheiro deve, obrigatoriamente, ser conselheiro local de saúde e residir na área de abrangência da Unidade de Saúde a qual representa.

Nessa perspectiva a participação social por meio dos conselhos de saúde é ascendente, tendo início em Fortaleza a partir do CLS, sendo o território espaço democrático que pode potencializar o exercício do controle social.

No entanto, mesmo com os avanços ocorridos na execução do controle social no Município de Fortaleza, foi evidenciado por Oliveira (2006) que as práticas

de participação são fragilizadas pela cultura política local e pela interferência partidária nos serviços públicos de saúde.

Os estudos realizados sobre controle social, na maioria, trazem reflexões sobre a construção da participação institucionalizada no Brasil, o perfil sócio econômico dos conselheiros, necessidade de educação permanente, empoderamento nas decisões das políticas públicas, a atuação dos conselheiros de saúde dos diversos segmentos nas três esferas governamentais e experiências da atuação de conselhos municipais em várias cidades brasileiras.

Um exemplo é o estudo de Martins et al. (2007), que discute a construção social da participação da sociedade no SUS e abre a discussão sobre a exclusão da participação das massas populares, aprisionamento dos conselheiros diante dos gestores e a necessidade de empoderamento e libertação ativa da população.

Oliveira (2006) ressalta que os conselheiros de saúde precisam de uma capacitação que incluam elementos técnicos, políticos e administrativos, devendo atuar no fortalecimento da cidadania e divulgar intensamente as atividades do conselho, articulando-se na mídia e em vários conselhos municipais que fazem interface com o setor saúde.

Labra e Figueiredo (2002) traçaram o perfil sócio-político dos representantes dos usuários nos conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro e evidenciaram que o controle social não é percebido na prática do conselho de saúde (CS), e, quando isso ocorre, é entendido como sendo uma função de autoridade.

Por outro lado, são inegáveis os avanços alcançados com a institucionalização dos conselhos, pois garante a participação da população nas decisões das políticas públicas, atuando nas três esferas de governo. Mas as dificuldades encontradas na consolidação das atribuições dos conselheiros foram evidenciadas em todos os estudos pesquisados, principalmente na representatividade do segmento dos usuários.

A delimitação do objeto do estudo surgiu por meio da seguinte indagação principal: como ocorre o controle social exercido por conselheiros de saúde do segmento de usuários em nível local, regional e municipal em Fortaleza-Ceará-Brasil?

Diante do exposto, surgiram vários questionamentos acessórios: Quais as concepções de controle social na visão dos conselheiros de saúde? Que práticas

são desempenhadas por esses conselheiros de saúde em nível local, regional e municipal? Como se dá sua participação e o que defendem os conselheiros de saúde no controle social? Quais as dificuldades, avanços e desafios encontrados por eles na consolidação do controle social?

Neste sentido traçamos os seguintes objetivos:

- Conhecer as concepções e práticas de controle social exercidas pelos conselheiros de saúde;
- Averiguar como ocorre o controle social desenvolvido pelos conselheiros de saúde no conselho local, regional e municipal;
- Identificar as dificuldades, avanços e desafios encontrados na consolidação do controle social, nos três níveis de sua atuação;
- Caracterizar as propostas defendidas pelos conselheiros para efetivação/fortalecimento do controle social;

O estudo se propõe a aprofundar o conhecimento adquirido no PET-Saúde UECE, o que pode vir a se reverter em benefício para o ensino, serviço e sociedade; contribuir para o fortalecimento do conselho municipal de saúde; refletir sobre o (re)fazer da prática exercida pelos conselheiros e sugerir uma ação política de participação social que corrobore de forma legítima e efetiva para políticas públicas de saúde.

Por não ter encontrado nenhum estudo que descreva a atuação dos conselheiros de saúde do segmento de usuários que representem simultaneamente o conselho de saúde a nível local, regional e municipal, servirá também para preencher as lacunas observadas durante a prática vivenciada, construindo um novo olhar sobre os sujeitos pesquisados.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A vontade é impotente perante o que está para trás dela. Não poder destruir o tempo, nem a avidez transbordante do tempo, é a angústia mais solitária da vontade (FRIEDRICH NIETZSCHE).

### 2.1 CIDADANIA: direito a ter direitos

O conceito de cidadania vem sendo modificado no decorrer dos tempos, sendo importante compreender sua construção histórica. Pinsky e Pinsky (2003) definem cidadania como um conceito histórico, seu exercício sofre variações de acordo com o tempo e espaço, que é definido não somente pelas regras que definem a sua característica de cidadão, mas pelos direitos e deveres distintos em cada localização geográfica, aqui denominada de Estado-nacional.

Nesse contexto, a prática de cidadania vem se alterando no decorrer dos anos, seja pelo grau de participação política em diferentes grupos, ou pela execução dos direitos sociais, à proteção social oferecida pelo Estado e os processos de luta que ajudaram os cidadãos a conquistar esses direitos.

A sua construção teve início na Grécia antiga, tinha como significado “pertencer a pólis”. Na constituição de Atenas, o cidadão traz como direito, a participação nas práticas deliberativas ou judiciárias da comunidade a que pertence (LONGHIN; CANTON, 2011). Nesse período, Atenas, Esparta ou Roma, abrigavam vasta população não cidadã como exemplo podemos citar os estrangeiros e os escravos. Nesse sentido, o termo cidadania indicava a situação política de uma pessoa e os direitos que essa pessoa tinha ou podia exercer.

A história da cidadania antiga deve ser compreendida como um longo processo histórico, que desenlaça no Império Romano. A partir de uma pequena comunidade agrícola, a cidadania tornou-se com o decorrer dos tempos, fonte de reivindicações e conflitos, por meio da relação de obrigação/direitos dos cidadãos no seio da comunidade (GUARINELO, 2003).

Com a queda do Império Romano, o início da idade média foi marcada por alterações nas estruturas sociais. A Igreja cristã foi importante na transição para o tempo medieval. As relações cidadão-Estado, antes reguladas somente pelo Império, passam a ser controladas pelo cristianismo. A doutrina cristã, ao alegar a

liberdade e igualdade de todos os homens e a unidade familiar, tencionou transformações nas concepções de direito e de estado (HOORNAERT, 2003).

Hoornaert (2003) defende que o cristianismo recebeu o apoio popular, que se traduziu posteriormente em avanços jurídicos, poder político e prestígio cultural, por fazer uma atuação persistente e corajosa na base social e política da sociedade.

As revoluções inglesas de 1640 e 1688 também assinalaram uma mudança nas relações de poder na sociedade e Estado ingleses. Os burgueses e os trabalhadores já não suportavam as arbitrariedades e as injustiças praticadas pelos reis absolutistas e pela nobreza e por esse motivo, unindo-se todos contra os nobres, esses movimentos foram conhecidos como revoluções burguesas. Daí, formularam os conceitos de liberdade e de indivíduo para desenhar os alicerces da sociedade burguesa em construção (LONGHIN; CANTON, 2011).

O poder político dos liberais, foi até o final do século XIX uma condição imposta a posse de bens materiais, porém seus fundamentos universais, traziam em si a necessidade histórica de um complemento fundamental: a inclusão dos despossuídos e o tratamento dos “iguais com igualdade” e “desiguais com desigualdade”. Nesse sentido, a cidadania liberal foi uma cidadania excludente, mas foi um grande passo a romper com a figura do súdito que tinha apenas deveres a cumprir (MONDAINI, 2003).

Em 1789, ocorreu na França um movimento revolucionário semelhante, denominado de Revolução Francesa. Esse movimento influenciou para que grande parte do mundo adotasse o novo modelo de sociedade, foi nesse momento que nasceu a moderna concepção de cidadania, que surgiu para afirmar a eliminação de privilégios, mas que, pouco depois, foi utilizada exatamente para garantir a superioridade de novos privilegiados (DALLARI, 2004).

O mesmo autor refere que foi na França que surgiu o moderno conceito de cidadania, com vistas à liberdade e igualdade, que visa eliminar os privilégios. Em contrapartida na primeira Constituição Francesa, de 1791, já havia regras que deformavam o conceito de cidadania, trazendo novos requisitos para a participação na administração pública e excluindo mulheres, trabalhadores e pobres. É a partir daí que a “cidadania” passou a referir-se à participação política.

A cidadania moderna teve início pós-segunda guerra mundial. Os Estados Unidos saíram da guerra como potência dominante e de acordo com Longhi e Canton (2011, p. 18):

[...] Os Estados Unidos da América teve de pensar numa política que permitisse canalizar o descontentamento social [...] para que o capitalismo voltasse a se estabilizar na Europa. Surge assim o Plano Marshall, uma política de financiamento dos novos governos europeus para que pudessem reconstruir suas economias e implantar reformas sociais do assim chamado Welfare State. Este significava estender os direitos sociais aos setores operários atingidos pelas consequências da Segunda Guerra como melhoria dos serviços públicos e a intervenção estatal na economia para impulsionar sua recuperação. Marshall retoma o conceito de cidadania como um status de todos os que pertencem a uma determinada comunidade, que significaria uma igualdade como tal.

O conceito de cidadania moderna tem como base o princípio de humanidade e enfrentou muitas dificuldades na sua aplicação. A disseminação dessa concepção de cidadania foi expressiva, orientando não só as práticas políticas de movimentos sociais, mas também implicou em mudanças institucionais (LONGHI; CANTON, 2011).

Para Santos (2010) a relação da cidadania com o Estado moderno e as garantias da consolidação de seus direitos na contemporaneidade é um tema de grandes indagações, seja no campo político-jurídico, econômico e social.

O homem e a geração de seus direitos devem ser vistos como atores sociais que são capazes de modificar e integrar o mundo da vida, por isto é necessário ter condições necessárias para subsistir e enfrentar os desafios deste século. O personagem principal deste cenário, o homem, ainda não entrou em cena, pois a sociedade na qual faz parte vivencia uma necessidade por mudanças que sejam notáveis em relação à integração e aos interesses comuns dos excluídos (SANTOS, 2010, p. 10).

Como vimos, o conceito de cidadania é amplo e abrangente, atingindo várias dimensões, para Gohn (2001) um dos mais importantes diz respeito aquela que regula os direitos e deveres dos indivíduos e de grupos na sociedade, na qual classifica em cidadania individual e coletiva.

Nessa concepção, a cidadania individual se destaca pela dimensão civil de lutas pelos direitos civis e políticos e a cidadania coletiva se refere a uma dimensão sociocultural, reivindica direitos sob a forma da concessão de bens e serviços e não apenas na forma da lei; luta por espaços sociopolíticos preservando sua identidade cultural.



Compreender o sentido de cidadania é entender relação do cidadão com o setor público. O exercício da cidadania depende do Estado em implementar políticas públicas e do cidadão em exigir o cumprimento dos seus direitos. Sob essa ótica, o termo “cidadania” é fruto da relação política entre a sociedade e o Estado, tendo na sua construção ao longo dos tempos, a luta por liberdades civis, políticas e sociais (OLIVEIRA, 2003).

De acordo com Haguette (1994), o Brasil, ao contrário da Europa, não lutou contra os males do sistema feudal. No país, o liberalismo representou a doutrina dos grupos dominantes e não a ideologia libertária de classes emergentes.

Quando o Brasil tornou-se país em 1822, herdou uma tradição cívica pouco encorajadora. De acordo com Carvalho (2002, p. 13-14):

Em três séculos de colonização (1500-1822), os portugueses tinham construído um enorme país dotado de unidade territorial, linguística, cultural e religiosa. Mas tinham também deixado uma população analfabeta, uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e latifundiária, um Estado absolutista. À época da independência, não havia cidadãos brasileiros, nem pátria brasileira.

De acordo com Silva (2012) a participação política da população durante o período imperial e republicano foi insignificante. A primeira Constituição Brasileira (1824) restringia os direitos políticos ao definir quem podia ou não votar. O voto censitário excluía a maioria do direito ao voto e do direito de ser votado, pois exigia a comprovação de renda mínima, além de excluir as mulheres e analfabetos. Na Constituição de 1881 foi eliminada a exigência de comprovação de renda para votar e ser votado. Mas continuaram excluídos os analfabetos, escravos e mulheres. Porém, não havia justiça eleitoral e ética, sendo assim, aconteciam todas as formas de fraudes e manipulações nas eleições.

Ao recorrermos à história, a construção da cidadania e a afirmação dos direitos do homem e do cidadão têm percorrido caminhos difíceis e bastante tortuosos no nosso país. Semelhante a outros países, a relação entre Estado e Sociedade foi construída em torno de manter as elites políticas, econômicas e sociais.

Os arranjos políticos eram predominantes, preservando privilégios das classes dominantes. Dessa forma, a troca de favores, paternalismo e elitismo se reproduzem com muita força ainda hoje na sociedade brasileira.

O divisor de águas na história do país ocorreu no ano de 1930, surge nessa época a aceleração das mudanças sociais e políticas que permitiram à dimensão social da cidadania. Para Silva (2012, p. 1) “a criação de uma legislação trabalhista e previdenciária transformou as relações entre capital e trabalho, e a legislação social começou a dar uma nova configuração à história dos trabalhadores brasileiros”.

Carvalho (2002) relata que nesta mesma época ocorreu um avanço dos direitos sociais e aponta como governo revolucionário a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e a legislação trabalhista e previdenciária.

Durante a ditadura militar, os direitos sociais sofreram retrocessos no que diz respeito aos salários, condições de vida, direitos de manifestação e organização. Os direitos políticos e civis tiveram um retrocesso no processo de expansão e efetivação na forma de atuação da população.

A partir desse forte impulso, a legislação social não parou de ampliar seu alcance, apesar dos grandes problemas financeiros e gerenciais que até hoje afligem sua implementação. Os direitos políticos tiveram evolução mais complexa. O país entrou em fase de instabilidade, alternando-se ditaduras e regimes democráticos. A fase propriamente revolucionária durou até 1934, quando a assembleia constituinte votou nova Constituição e elegeu Vargas presidente. Em 1937, o golpe de Vargas, apoiado pelos militares, inaugurou um período ditatorial que durou até 1945. Nesse ano, nova intervenção militar derrubou Vargas e deu início a primeira experiência que se poderia chamar com alguma propriedade de democrática em toda a história do país. Pela primeira vez, o voto popular começou a ter peso importante por sua crescente extensão e pela também crescente lisura do processo eleitoral. Foi o período marcado pelo que se chamou de política populista, um fenômeno que atingiu também outros países da América Latina. A experiência terminou em 1964, quando os militares intervieram mais uma vez e implantaram nova ditadura (CARVALHO, 2002, p. 81-82).

No primeiro governo militar, para atender às exigências dos empresários, foi excluída a estabilidade no emprego. Em 1966, foi criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que funcionava como um seguro-desemprego. O fundo era pago pelos empresários e retirado pelos trabalhadores em caso de demissão (SILVA, 2012).

Carvalho (2002) descreve que nesse mesmo período criou-se, também, o Banco Nacional de Habitação (BNH), cuja finalidade era facilitar a compra de casa própria pelos trabalhadores de menor renda. Foi criado, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Ainda nessa época, foram criados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Fundo de Assistência Rural (Funrural),

entre outros direitos sociais. Todos eles de acordo com Silva (2012) contribuíram para a ampliação da cidadania dos trabalhadores.

Em contra partida, os direitos políticos e civis foram cerceados pela ditadura militar. Não era permitido aos trabalhadores se organizarem livremente, não era permitido eleger ocupantes de cargos executivos. Organizações políticas e sociais foram reprimidas. Os pensamentos esquerdistas foram censurados. Não havia garantia de integridade física e moral – nem liberdade de dizer e defender uma sociedade que favorecesse a cidadania ampla (CARVALHO, 2002; LUCA, 2003; SILVA, 2012).

Ao analisarmos a cidadania no Brasil, percebemos que até os anos 1980, os direitos civis, políticos e sociais dos indivíduos eram marcados pelo clientelismo político. A cidadania neste contexto era regulada pelo Estado. Somente após a ditadura militar, com a nova Constituição Federal, promulgada em 1988, os cidadãos brasileiros passam a ter direitos civis, políticos e sociais.

No entanto, a cultura da não-participação, os efeitos da política clientelista e da ditadura, segundo Oliveira (2003), criaram no Brasil uma concepção de **cidadania passiva**, de não atuação política do cidadão e de inércia e indiferença das pessoas em relação ao Estado.

Na década de 1980, esse conceito começa a mudar a partir da inserção dos movimentos sociais na busca da democratização do País, surgindo uma nova concepção de “cidadania ativa” ou “cidadania ampliada” (DAGNINO, 2004).

Benevides (2002) relata que a cidadania ativa pressupõe a participação popular como possibilidade de criação, transformação e controle social sobre o poder, ou os poderes. Neste sentido, os cidadãos são sujeitos ativos da política e não objetos, a sua atuação é efetiva nos processos políticos, pois entendem que o direito resulta de lutas sociais, na cidadania ativa, o cidadão tem direito a ter direito (OLIVEIRA, 2003).

A cidadania ampliada começou a ser formulada por meio dos movimentos sociais. No final dos anos de 1970 e ao longo dos anos de 1980, os movimentos sociais se organizaram no Brasil a partir das necessidades de acesso a moradia, água, luz, transporte, educação saúde, etc. e de questões como gênero, raça, etnia, entre outros.

Dessa forma, a cidadania ampliada foi iniciada na luta dos direitos humanos, sendo parte da resistência contra a ditadura. De acordo com Dagnino (2004), essa concepção buscava inserir um projeto de transformação social, consolidado em bases democráticas impondo um laço constitutivo entre cultura e política. A autora aponta também para a superação do conceito liberal de cidadania.

[...] a cidadania não está mais confinada dentro dos limites das relações com o Estado, ou entre Estado e indivíduo, mas deve ser estabelecida no interior da própria sociedade, como parâmetro das relações sociais que nela se travam. O processo de construção de cidadania como afirmação e reconhecimento de direitos é, especialmente na sociedade brasileira, um processo de transformação de práticas arraigadas na sociedade como um todo, cujo significado está longe de ficar limitado à aquisição formal e legal de um conjunto de direitos e, portanto, ao sistema político-judicial. A nova cidadania é um projeto para uma nova sociabilidade: não somente a incorporação no sistema político em sentido estrito, mas um formato mais igualitário de relações sociais em todos os níveis, inclusive novas regras para viver em sociedade (negociação de conflitos, um novo sentido de ordem pública e de responsabilidade pública, um novo contrato social etc.) (DAGNINO, 2004, p.105).

Os cidadãos, nesta nova visão, passam a ser sujeitos sociais ativos. No entanto é preciso ocorrer uma reforma moral e intelectual para a construção de relações sociais que busquem direitos iguais, expandindo a cidadania a partir da participação da sociedade assegurando a execução dos direitos universais para todos cidadãos.

O arcabouço jurídico constitucional que legitima a construção dos direitos de cidadania, para adoção de políticas sociais universais, contidos na Constituição Federal de 1988, assim como, a luta histórica da sociedade civil pela ampliação da igualdade, não garante na prática a transformação concreta do exercício da cidadania tornando-se ainda um desafio na efetivação das conquistas sociais. (PINHEIRO et al., 2010).

Se por um lado, ocorreram avanços na construção da cidadania ampliada, ainda são grandes os desafios para a efetivação do direito universal a saúde. Pinheiro et al. (2010) consideram que o exercício da cidadania e a afirmação dos direitos produzem o cidadão como sujeito social da saúde, sendo portador da crítica ao que está instituído. Dialeticamente, a cidadania é uma negação da desigualdade disseminada pelo capitalismo.

Dagnino (2004) relata que as noções de sociedade civil, participação e cidadania estão relacionadas entre si, sendo elementos centrais do deslocamento de

sentidos que constitui o mecanismo privilegiado na disputa política que se trava hoje ao redor do desenho democrático da sociedade brasileira.

A existência da cidadania está interligada a outras entidades sociais, é um fenômeno social dinâmico, não podendo ser percebida isoladamente do Estado, do desenvolvimento econômico, político, social e cultural do País. Por isso não faz sentido falar em resgate da cidadania e sim “conquista da cidadania”. Torna-se difícil falar de cidadania, sem descrever os sentidos de participação, a participação é responsável pelo fortalecimento e expansão da cidadania (HAGUETE, 1994).

## 2.2 OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PARTICIPAÇÃO

Em virtude de sua amplitude conceitual, o conceito de participação sofre variações assumindo diversos sentidos e significados. Esse fenômeno possibilitou o estudo de vários pesquisadores que construíram alguns conceitos. Muitos são os termos utilizados: participação social, participação popular, participação comunitária, participação cidadã, mas, nem sempre, as diferenças são claras entre elas (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Para Cortes (2002), participação é um conceito que vai a partir do século XIX se apropriar das teorias da democracia liberal ou sob os diferentes “modelos” de democracia. Traduzida prioritariamente com o voto creditado às instâncias de representação política. No final do século XIX, as experiências isoladas de participação da população eram vistas também em projetos e programas de saúde pública.

Entre a segunda guerra mundial e a década de 1960, os regimes populistas caracterizados na política de negociações entre líderes políticos e massas populares se tornaram evidentes no Brasil. Esse período foi marcado por reformas constitucionais e administrativas, intensa disputa político-partidária entre os partidos políticos, políticas sindicais atreladas ao governo e o surgimento os movimentos de base nos bairros e na igreja (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

Na década de 1970, a participação surge como um dos princípios da estratégia da atenção primária de saúde, inserindo-se na filosofia de promoção à saúde. Somente nos anos de 1980, com a reforma dos sistemas de saúde, com ênfase na democratização e descentralização dos serviços de saúde a participação é valorizada (VAZQUEZ et al., 2005).

Valla (1993) apresenta várias concepções para o termo participação social: participação popular; estratégias de modernização; integração de grupos marginalizados; mutirão; desenvolvimento comunitário. Entretanto, para ele a participação popular teria um significado diferente por se tratar de uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social.

Para Arouca (1987), a participação popular se caracteriza em uma prática social organizada que deve envolver comitês, fóruns, conselhos, sindicatos, partidos, movimentos e organizações, nos diferentes níveis de organização do Estado e nas diferentes áreas de atuação.

Morita, Guimarães e Muzio (2006) corrobora com Cortes (1988) e Soares (2000) no que se refere ao significado de participação social em “tomar parte das decisões políticas”. Em contrapartida, conforme os autores a efetivação da participação é prejudicada, pois numa sociedade de classe, nas questões relacionadas ao poder e ao conhecimento é dificultada a participação dos desiguais.

Ammann (1978) amplia o conceito de participação social como um processo no qual as diferentes classes sociais tomam parte da gestão, produção e usufruto dos bens de uma sociedade, focalizando-a na sua dimensão mais ampla. Para Demo (1988), participação é uma conquista, diferente de uma concessão ou algo preexistente; focaliza a dimensão processual e complementa que a cidadania deve ser estudada sob a ótica do conflito em função de interesses diversos de diferentes grupos.

Para Bezerra e Araújo (2009, p. 31-32):

As expressões fazer parte, tomar parte, ou ainda, ter parte se relacionam ao termo de participação e lhes dão significado. No entanto, há diferenças entre fazer, tomar ou ter parte de ou em algo, e essa diferença, é que faz a participação ativa ou passiva.

Para que ocorra participação ativa, é necessário que haja uma interação entre a sociedade e o Estado, fazendo com que exista um aprofundamento da democracia, com embasamento social à dimensão institucional na intenção de democratizar o Estado (BASTOS; SANTOS; TOVO, 2009).

Numa sociedade democrática, a participação cidadã no decorrer da história, tem se revelado na área da saúde de diversas formas:

(1) participação como beneficiário, onde as pessoas são consideradas como simples beneficiárias da atenção à saúde; (2) participação como contribuição para a promoção da saúde, onde a participação ocorre por meio do apoio voluntário da população aos programas e projetos de desenvolvimento social; (3) participação comunitária, que interpreta a participação como a organização da comunidade em grupos de apoio aos programas e projetos, no intuito de obter recursos, transmitir conhecimentos e capacitar a população para que se transforme em agente ativo de seu desenvolvimento; e, por fim, (4) uma visão mais complexa de participação em saúde que reconhece as pessoas como usuárias e cidadãs, às quais o sistema de saúde deve prestar conta de seu funcionamento, respeitando a cidadania e implementando distintos mecanismos de participação individual e coletivos, que permitam aos indivíduos exercerem controle sobre seus direitos de proteção à saúde (MARTINS *et. al.* 2008, p. 110-111).

No intuito de delimitar níveis de participação social no processo decisório, Arnstein (2001) desenvolveu uma escala de participação, dividida em três graus de poder e oito degraus de participação (Quadro 1).

Quadro 1 – Escala Padrão de Participação

8	Controle cidadão	Níveis de poder cidadão
7	Delegação de poder	
6	Parceira	
5	Pacificação	Níveis de concessão mínima de poder
4	Consulta	
3	Informação	
2	Terapia	Não-participação
1	Manipulação	

Oito degraus da escala de participação cidadã.

Fonte: Adaptado de Arnstein (2001).

Bezerra e Araujo (2009, p. 32-33) explicam detalhadamente a escala:

Os três graus são a não participação, a mediação e o poder de cidadania. No primeiro grau, os dois degraus mais baixos, manipulação e terapia, o real objetivo não é possibilitar que as pessoas influam no processo de planejamento ou condução dos programas, mas colocá-los nessa posição com a finalidade de ensinar e estimular esse exercício de participação. O segundo grau, mediação, é formado pelos três degraus seguintes: informação, consulta e pacificação, que representam uma fase de transição para a possibilidade de ouvir e falar para começar a participar. Nessa fase por trás desses avanços, o poder ainda está amarrado para garantir que as atenções do cidadãos estejam voltadas para os detentores do poder. Os degraus mais altos da escala significam um aumento na influência do cidadão no processo de tomada de decisão, poder do cidadão: associação

ou parceria em que é permitido ao cidadão negociar e se envolver em negociações com os detentores de poder; delegação de poder e controle popular, que são caracterizados por conceder ao cidadão poder majoritário para decidir, ou seja, poder gerencial.

No Brasil, a participação da população é um dos eixos principais na estruturação do Sistema Único de Saúde e está claramente definida dentro do marco legal da reforma do setor saúde (VAZQUEZ et al., 2005).

No entanto, apesar dos esforços para consolidar essa visão mais moderna de participação, ainda se faz presente uma versão híbrida e frágil dos direitos civis marcada pela escravidão e pela instabilidade política, limitando o amadurecimento da cidadania plena (MARTINS et al., 2008).

Em contrapartida, a Constituição Federal estabelece que é um direito e um dever de todo cidadão participar em todos os níveis de governo. Este marco legal afirma uma concepção democrática da participação em saúde, constituindo uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil, com a participação dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem realizadas, bem como no monitoramento de sua implementação, incluindo aspectos econômicos e financeiros.

Desde o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a participação popular e o controle social foram focos de atenção nos diferentes espaços de construção do SUS. A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve papel importante em proporcionar a discussão e a proposição de diretrizes para a saúde, no sentido de passar a ser descentralizada, tendo a participação da cidadania na gestão, como meio de assegurar o direito integral e universal a saúde.

Nesse sentido a participação social foi pensada e vivida nessa conferência, que inseriu a população na determinação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde, em todos os níveis do sistema (GUIZARDI et al., 2004).

A essência da participação, nesse sentido, reside na possibilidade da comunidade dar sua opinião e participar efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos dos quais é beneficiada (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

Como desatar esse nó crítico em relação à participação incipiente da população, o avanço das conquistas obtidas no arcabouço legal e a práxis nos serviços de saúde?



Atualmente a participação institucionalizada por meio dos conselhos ainda não foi suficiente para romper com a cultura política. Oliveira e Pinheiro (2010) complementam que a participação está diretamente relacionada às relações de poder, sendo também uma forma de poder, pois os grupos organizados influenciam nas decisões das políticas públicas e adquirem capacidade de se relacionar com o poder.

Apesar de esforços realizados para alcançar uma perspectiva mais política da participação, nota-se que o quadro de reordenação social e a cultura política ainda não experimentou uma progressão aos direitos civis, políticos e sociais. Deste modo, a cidadania ainda é uma construção lenta em nosso meio (MARTINS et al., 2008). De acordo com Carvalho (2004, p. 35):

O perfil vigente de cidadania no Brasil aponta para a existência de grande parte da população à margem da comunidade política, o que certamente tem implicações em nosso padrão de intervenção pública e integração social.

Mesmo com as dificuldades existentes, a Constituição Brasileira (1988) foi construída com fundamento na democracia representativa e participativa, como se lê no artigo 1º, inciso II e parágrafo único, ao definir a cidadania como um dos seus fundamentos e que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

Com o processo de democratização, consolida-se o princípio da democracia representativa com a organização da competição política, com partidos políticos, alternância no poder, com sufrágio universal. Desta forma, a maioria da população tem a possibilidade de participar da escolha dos seus representantes pelo voto direto. Contudo, a democracia participativa por meio da participação nas políticas públicas continua sendo um grande desafio. No campo da saúde pública, a participação popular, se faz de extrema importância, pois só se pode avançar na qualidade dos serviços e ações de saúde com a participação efetiva da população. (MARTINS et al., 2008).

O artigo 198, da Constituição Federal assegura como diretrizes do SUS a unificação do sistema de saúde; a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade, oportunizando o exercício da democracia direta. A diretriz da

participação vem se expressando na perspectiva do controle social da população sobre as ações do Estado.

### 2.3 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS DO CONTROLE SOCIAL

Historicamente o controle social era entendido apenas como controle do Estado ou das classes dominantes sobre as massas subalternas. Bottomore (1987, p. 129) conceitua controle social como:

A regulação do comportamento da sociedade, quer por indivíduos ou por grupos, é empreendida de duas formas: pelo uso da força e pelo estabelecimento de valores e normas que podem ser aceitos mais ou menos integralmente pelos membros da sociedade como normas de conduta obrigatórias. A expressão “controle social” é geralmente usada pelos sociólogos para denominar esse segundo tipo de controle, onde o recurso a valores e normas resolve ou minora as tensões e conflitos entre os indivíduos e grupos afim de manter a solidariedade de algum grupo mais inclusivo. A expressão também é utilizada para se referir às disposições pelas quais os valores e normas são comunicados e instalados.

Na década de 1930, os regimes políticos resultaram de aliança das oligarquias rurais pelos setores do clero católico tradicional, surgiram neste período os movimentos operários na defesa de seus direitos sociais e da regulamentação do trabalho assalariado (WESTPHAL, 1992).

No Brasil, durante o período da ditadura, o controle social era exercido pelo Estado sobre a sociedade, reprimindo qualquer tentativa de expressão popular. De acordo com Correia (2008, p. 123):

Durante o período da ditadura militar, o controle social da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de Decretos Secretos, Atos Institucionais e repressão. Na realidade, durante esse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade, ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu domínio, promovendo o fortalecimento do capitalismo na forma monopolista.

O regime militar suprimia os trabalhadores contribuintes de qualquer forma de participação em órgão decisórios ou consultivos da previdência social. Mesmo de forma incipiente e com todas as repressões, os movimentos populares surgiram na

década de 1960 com os protestos contra carestia e reivindicações formais no plano da assistência à saúde, por meio de abaixo-assinados (LABRA, 2008).

No Brasil, até década de 1970, a participação institucionalizada era exercida apenas na área previdenciária. Os benefícios e serviços eram oferecidos aos trabalhadores incluídos no mercado formal que contribuíam com a previdência. A ampliação do movimento social aconteceu durante essa década, surgiram neste contexto, os questionamentos sobre a qualidade dos serviços de saúde e sobre as políticas de saúde.

A partir de 1974, foram tomadas iniciativas para estimular a participação da comunidade no setor saúde. No ano de 1975, em São Paulo, foi fundada a Associação Popular em Saúde, destaca-se a realização de debates em diferentes bairros sobre a qualidade do atendimento hospitalar e a realização de um levantamento da situação de saúde da população. No Rio de Janeiro, na mesma época surgiram ações parecidas que culminaram em associações de bairros, movimentos de mulheres e sindicatos (LABRA, 2008).

A crise econômica instalada no Brasil, neste mesmo período, reduziu a legitimidade política e o governo militar criou medidas que constituíam novos canais de interesse. Com o Estado em crise, não foi possível dar respostas às demandas da sociedade, isto somado ao agravamento dos conflitos sociais e ao crescimento da conscientização de vários segmentos sociais, deu início ao nascimento de vários atores sociais e políticos que lutaram pela construção e efetivação dos direitos (WESTPHAL, 1992).

Gradualmente, foram restabelecidas formas democráticas de representação e expressão política, como exemplo podemos citar as eleições diretas para governadores, liberdade de imprensa, de associação e de organização partidária (CORTES, 2002).

Correia (2008), a partir da análise da relação Estado/Sociedade civil em Gramsci, afirma que o controle social não é do Estado ou da Sociedade Civil, mas das classes sociais. De acordo com esta concepção, o Estado abrange a sociedade política e civil mantendo a hegemonia de uma classe sobre a outra. Para Gramsci (2000) existe uma união orgânica entre Estado e sociedade civil, entende-se que o Estado está além do aparelho de governo, abrangendo a concepção de aparelho privado de hegemonia ou sociedade civil.

Dentro desta perspectiva, Correia (2008) afirma que a sociedade civil não é homogênea, sendo um espaço de lutas de classes pela disputa de poder e de interesses contraditórios. Essas lutas não são contra o Estado, mas dos setores que representam os interesses do capital e do trabalho. Nesse sentido, o controle social surge da necessidade de controle das classes subalternas sobre o Estado, a partir da correlação de forças existentes entre os segmentos da sociedade civil.

Na saúde pública o controle social tem se apresentado como o controle que a sociedade tem do que é público por parte dos segmentos organizados da população, pensando na relação Estado/Sociedade Civil como canal de controle social (ACIOLI, 2010).

Oliveira (2006, p. 143) entende que “o controle social é uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação de participação social regulada e institucionalizada normalmente no aparelho do Estado”.

Nessa perspectiva, o controle social deve a partir de interesses individuais, reivindicar interesses coletivos e intervir na melhoria das políticas públicas. Sob esta concepção, afirma o Conselho Nacional de Saúde que:

O controle social seria resultante da articulação e negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo, a favor do conjunto da sociedade (BRASIL, 2002, p. 25).

A luta pela democratização no Brasil convergiu com o Movimento de Reforma Sanitária ampliou a organização popular e colaborou com o surgimento de novos atores sociais. Este movimento lutava pela transformação social, baseada no princípio de cidadania (MARTINS et al., 2008).

Impulsionados pela Conferência de Alma-Ata ocorrida em 1978, foram criados projetos e programas do governo que previam a participação da sociedade civil em comissões e conselhos, criando assim, mecanismos participativos (LABRA, 2008). Estes mecanismos eram motivados pela pressão da sociedade civil, sobre a necessidade do processo da abertura política.

Acadêmicos, cientistas, profissionais de saúde, tecnocratas, debatiam em seminários e congressos sobre a qualidade de vida da população. Essa discussão tomou força por parte dos movimentos populares de associações de moradores,

sindicatos, igrejas e partidos políticos, que exigiam resolutividade dos problemas de saúde criados pelo regime militar (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

Em 1985, o Regime Militar chega ao fim, com o surgimento da Nova República, as lideranças do movimento sanitário assumem cargos importantes nas instituições de saúde do Brasil. Como exemplo, podemos citar Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz, sendo responsável também pela presidência em 1986 da VIII Conferencia Nacional de Saúde (SCOREL; BLOCH, 2008).

Como já foi relatado, a VIII Conferencia Nacional de Saúde foi um marco na história da saúde no Brasil, pois reuniu pela primeira vez, entre seus conferencistas, uma gama diversificada de representantes da sociedade civil, legitimando os princípios políticos-ideológicos do Movimento de Reforma Sanitária. Esta Conferencia contribuiu para a formação do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988, definindo os princípios básicos do SUS (MARTINS et al., 2008).

Entendemos que as raízes do controle social no Brasil, surgiram a partir do tensionamento dos movimentos e sociedade organizada, mas, como efetivar o controle social nas políticas públicas? No entanto, controle social não pode apenas ser realizado pelos movimentos da sociedade organizada, ele é uma conquista consolidada pela Constituição Federal de 1988 e nas leis 8080/90 e 8142/90 e pode ser realizado por qualquer cidadão. Nesse sentido, o exercício do controle social tem como objetivo, assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda população.

#### 2.4 OS CONSELHOS DE SAÚDE COMO ESPAÇOS DEMOCRÁTICOS DE PARTICIPAÇÃO: limites e desafios

Correia (2008) destaca o controle social como mecanismo institucionalizado de participação que tomou vulto no Brasil com o processo de democratização, ocorrido na década de 1980 com ênfase na participação da sociedade por meio dos conselhos gestores das políticas públicas.

Como já enfatizamos, uma das formas de participação da sociedade civil foi concebida na perspectiva do controle social sobre as ações do Estado, interferindo e corroborando nas políticas públicas. Bravo (2006) complementa que o

controle social inscrito na Constituição é o da participação da população e tem como objetivo elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais.

Apesar do SUS ter sido instituído pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8080. Esta Lei define o modelo operacional do SUS, propondo uma nova forma de organização e de funcionamento do setor saúde (POLIGNANO, 2007). Todavia, os artigos referentes à participação da comunidade e às transferências governamentais foram vetados pelo presidente Collor. O fato provocou muita indignação e os atores do movimento sanitário se mobilizaram e pressionaram para a aprovação de uma nova lei. A Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Esta Lei estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde onde a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

A participação, na perspectiva do controle social, possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sobre o controle dos usuários. O Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1992) relata que o “controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde”.

Dentro deste contexto, os conselhos de saúde surgem como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. São funções dos conselhos: formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros (BRASIL, 2001).

Os conselhos devem atuar como um espaço deliberativo na co-gestão do SUS nas três esferas governamentais. A participação da população é um dos eixos principais na estruturação do SUS, neste sentido, os conselhos surgem como mecanismos institucionais de participação coletiva, podendo exercer controle sobre o sistema de saúde (VAZQUEZ et al., 2005).

Já os CLS foram criados para ser uma estratégia institucional, tendo por finalidade estimular a participação da sociedade civil organizada no território reforçando a dinâmica social, no sentido de sua organização em associações de interesse, facilitando a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na justiça, na equidade, na solidariedade, na confiança e na tolerância seus princípios fundamentais (LABRA, 2005).

As Leis Orgânicas da Saúde asseguram a participação popular na elaboração na condução e gestão das políticas públicas de saúde. Entretanto, existe uma distância entre o que prevê a legislação e a prática efetiva do controle social em saúde.

O direito a saúde defendido pela reforma sanitária, deve ser construído a partir do apoio, da participação da pressão dos populares, esse direito social deve ser construído pelo próprio movimento da população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. De acordo com Sposati e Lobo (1992, p. 373):

Um dos efeitos nocivos da democracia participativa vivida na Nova República foi a doença do partipacionismo, que terminou transformando o "povo" em coisa que se põe na reunião, na assembléia, etc. O "povo" virou munição para os dirigentes conseguirem verbas nas lutas de orçamento; o "povo" é a moeda para alguns ganharem força. Em outras palavras, o "povo" vira uma presença que preenche espaços, mas que é congelada em sua capacidade de autoria histórica.

Em decorrência disto, as necessidades e particularidades de cada comunidade na elaboração de propostas de intervenção no serviço de saúde, quase nunca são observadas.

Apesar do avanço da participação popular institucionalizada por meio da Constituição Federal de 1988, devemos fazer algumas considerações em relação ao controle social. As particularidades de cada conselho sejam entre as esferas governamentais ou entre conselhos regionais e locais de uma mesma instância trazem características diferentes e devem ser analisadas individualmente.

Com esforços realizados, para que houvesse a inclusão dos segmentos sociais nas decisões políticas e sociais, a execução do direito a participação demora a ser incorporada na práxis dos serviços de saúde. A cultura política mesmo após duas décadas da democratização ainda esbarra em interesses particulares, clientelismo, paternalismo e resolução de negócios públicos por meio de procedimentos particularistas (GOHN, 2003).

Nessa perspectiva, Boschi (1987) adverte que os movimentos caracterizados por ações coletivas devem atuar fora dos canais existentes de política partidária e sindicatos.

Ao nos reportarmos aos conselhos de saúde, as relações de poder permeiam no seu cotidiano, agindo por vezes de forma negativa para a consolidação das políticas públicas.

No estudo realizado por Dombrowski (2008) nos conselhos municipais em municípios de pequeno porte no Brasil, foi observada uma forte influência do poder executivo na dinâmica de funcionamento dos conselhos. Os prefeitos exerciam um controle de caráter “coronista” sobre a política local. Revelando que as práticas clientelistas continuam dominando em vários setores da política brasileira. Coronelismo, mandonismo e clientelismo são expressões das relações de poder no Brasil. Dombrowski (2008, p. 280) conceitua clientelismo como:

[...] uma prática fundada na desigualdade social e econômica entre autores que se encontram na arena política, em que um apresenta-se em posição de subordinação e dependência por não possuir os meios necessários para garantir a reprodução de sua subsistência e o outro posiciona-se como o detentor do controle sobre os recursos que podem prover esses meios.

Os estudos de Foucault (1979) trazem uma importante contribuição para compreensão das relações de poder. O autor descreve a estrutura social com múltiplas relações de poder, na sua concepção, uma sociedade sem relações de poder é uma abstração. Essas relações não se situam apenas em um local específico, desta forma, o poder não se dá de forma unilateral, ele abrange as relações entre os indivíduos, existindo diversas formas de exercê-lo.

Num estudo realizado na cidade de Vitória, com os movimentos sociais, foi evidenciado que a falta de conhecimento sobre o conselho também se afirma como relação assimétrica de poder, pois seus representantes, principalmente os usuários se sentem desqualificados perante o poder executivo, evidenciando as relações de poder entre os representantes do poder executivo e os representantes dos usuários (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). Neste estudo também foi observado que a dependência do poder público por parte do movimento popular em decorrência de parcerias realizadas faz com que a sua participação seja fragilizada.

Em contrapartida, o controle social é a oportunidade de avançar nas formas de democracia direta, realizando a construção popular de democracia,



rompendo com a tradição do Estado burocrático, autoritário, elitista, paternalista e clientelista.

Por outro lado, diversas entidades progressistas têm substituído suas lutas coletivas, por lutas corporativas, restritas a grupos de interesse. De acordo com Bravo (2006, p. 79):

Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram as formulações da seguridade social, inscrita na constituição de 1988 estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Vários estudos têm detectado que o movimento popular prioriza a disputa com o poder local, há dificuldade na mobilização e organização de uma agenda que contemple as políticas sociais, sua luta por muitas vezes tem se concentrado nas reivindicações locais por políticas setorializadas, e assistencialistas, contribuindo desta forma para pouca autonomia (BRAVO, 2006; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

A dominação do “Estado” sobre as relações de poder no controle social ainda é evidenciada em pleno século XXI, Este fenômeno é característico do sistema capitalista e traz consequências negativas na atuação dos conselhos de saúde, tornando-os muitas vezes discursivos, burocráticos e normativos.

É importante compreender que numa sociedade de classe, questões relacionadas ao poder e ao conhecimento estão presentes, dificultando a participação dos desiguais. Uma série de obstáculos ainda se faz presente em função de uma história política caracterizada por regimes centralizadores e autoritários, repercutindo nos dias de hoje como barreira na efetivação da participação popular (MORITA et al., 2009).

Cortes (2002) acrescenta que, os usuários poderiam influir mais nas decisões sobre o destino dos recursos públicos no setor saúde, obter informações visando a transparência do serviço, fiscalizar a qualidade da assistência prestada, influenciar na formulação de políticas públicas que favoreçam os setores sociais que eles representam, além de participar de maneira mais efetiva na construção das ações de saúde.

Nessa perspectiva, os conselhos de saúde ao assumir um lugar privilegiado de participação popular, precisam avançar no processo de democratização e controle social. As deliberações sobre as políticas de saúde são

incipientes e seu poder deliberativo por muitas vezes torna-se burocrático e de pouca representatividade.

Muitos estudos realizados sobre os CS apontam como entraves na participação dos conselheiros, principalmente no segmento dos usuários: a falta de competência técnica e política dos conselheiros, a falta de transparência da gestão na apresentação dos relatórios, o uso de linguagem demasiadamente técnica e a falta de estrutura para o funcionamento dos conselhos (Van STRALEN et al., 2006).

Além disso, a co-gestão de usuários e trabalhadores em saúde, prevista em lei, visando o vínculo entre as partes envolvidas no processo saúde-doença, não tem sido efetivada no sentido de favorecer a melhoria na qualidade da assistência prestada (MORITA et al., 2009).

As dificuldades não são exclusivas dos usuários, Martins et al. (2007) afirmam que os gestores e demais membros dos conselhos não têm conhecimento sobre o papel e a importância do controle social. Essa realidade tem sido apontada como limitação à implantação do princípio de participação social em diversos municípios brasileiros.

Frequentemente a necessidade de qualificação dos conselheiros, vem sendo visualizada nos encontros regionais e nacionais. Como os conselheiros podem atuar efetivamente na construção das políticas públicas sem ter capacidade para tal? Pensando nisso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1999, discutiu esta questão e deliberou pela formação de diretrizes gerais para o Processo de Capacitação dos Conselheiros de Saúde (BRASIL, 2002).

Sendo, em 2006, aprovada a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Essa política foi construída a partir das diretrizes nacionais, do referencial acumulado na história dos conselhos de saúde, das conferências de saúde e das contribuições apresentadas pelos conselheiros de saúde participante de seis oficinas regionais ocorridas no mesmo ano (BRASIL, 2006).

Um estudo que avaliava o impacto da capacitação na atuação do conselheiro de saúde observou que, o conselheiro capacitado atuava mais nas decisões, que os conselheiros não capacitados (CORREIA, 2005).

Sem dúvida, as estratégias de capacitação dos conselheiros são caminhos que podem fortalecer a atuação dos conselheiros, mas não é suficiente para a efetivação do controle social.

Martins et al. (2008) relatam que em alguns municípios, a estratégia utilizada na escolha dos conselheiros a serem capacitados, era marcada pela especialização e elitização dos seus membros. Esse processo de escolha favorecia atores sociais que representavam os usuários no conselho que não se identificavam com a realidade vivenciada pela maioria da população.

Mesmo com todas as dificuldades, Bastos, Santos e Tovo (2009) consideram que houve nas últimas décadas um avanço político institucional inegável no Brasil. As eleições rotineiras, a liberdade política de organização e participação tomou importância central no processo de democratização. No entanto, nem sempre os avanços políticos resultaram numa melhora efetiva e progressiva das condições de vida da população brasileira.

Outro aspecto relevante é a complexidade e amplitude de atribuições que os conselheiros de saúde devem exercer. De acordo com a resolução 453 de 10 de maio de 2012 do CNS, a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os CS uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Exigindo dos conselheiros conhecimentos sobre a legislação, indicadores de saúde e políticas públicas.

A complexidade das atribuições dos conselheiros de saúde, aliada a falta de conhecimentos, e ainda, a cultura historicamente construída com bases no autoritarismo, patrimonialismo e elitismo das classes dominantes sobre a sociedade contribuem para uma participação incipiente da população. Os valores históricos, de acordo com Ribeiro e Nascimento (2011), ainda estão impregnados no alicerce das relações sociais, apesar dos avanços da reforma sanitária e da consolidação do SUS, ainda não conseguiu romper com a herança do passado.

Como desafio de instituir um sistema público democrático, Matuoka e Ogata (2010, p. 397-398) defendem que:

[...] as prioridades sejam definidas em gestões colegiadas e participativas, com mecanismos de controle social; é importante, também, a definição de uma política de informação que garanta a comunicação e divulgação de dados consistentes e transparentes em articulação com instituições e áreas afins que possam contribuir na identificação, processamento e análise crítica de dados e indicadores, permitindo o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados ou não identificados, como de relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Por outro lado, devemos destacar a necessidade de fortalecer os Conselhos Locais de Saúde na divulgação e democratização da informação, atuando como espaços de expressão de demandas dos sujeitos ativos, do processo de participação da comunidade nas políticas públicas.

Para melhor compreensão dos limites e desafios dos conselhos de saúde, sintetizamos o quadro de congruência, descrevendo os principais resultados dos estudos realizados (Quadro 2):

Quadro 2 – Limites e desafios dos conselhos de saúde

Limites	Desafios
<p>Cultura política, clientelismo e paternalismo (GOHN, 2003). Substituição de lutas coletivas, por lutas corporativas e restritas a grupos de interesse (BRAVO, 2006).</p>	<p>Influir mais nas decisões sobre o destino dos recursos públicos no setor saúde, obter informações visando a transparência do serviço, fiscalizar a qualidade da assistência prestada, influenciar na formulação de políticas públicas (CORTES, 2002).</p>
<p>Influência do poder executivo na dinâmica do funcionamento dos conselhos (DOMBROWSKI, 2008). Falta de transparência da gestão, falta de competência técnica e política dos conselheiros, uso de linguagem demasiadamente técnica e falta de estrutura para o funcionamento dos conselhos (Van STRALEN et al., 2006). Dificuldade de mobilização e organização de uma agenda que contemple as políticas sociais, políticas setorializadas e assistencialistas resultando para pouca autonomia dos conselhos (BRAVO, 2006; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).</p>	<p>Liberdade política de organização e participação (BASTOS; SANTOS; TOVO, 2009).</p>
<p>Falta de conhecimento sobre o conselho, relação assimétrica de poder, participação fragilizada pelas relações de poder (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).</p>	<p>Capacitação Permanente de conselheiros de Saúde (CORREIA, 2005).</p>

### 3 CAMINHOS DA PESQUISA

A pesquisa é talvez a arte de se criar dificuldades fecundas e de criá-las para os outros. Nos lugares onde havia coisas simples, faz-se aparecer problemas (BOURDIEU, 1973).

#### 3.1 NATUREZA E TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, crítico e reflexivo. Para Minayo (2007), esse tipo de pesquisa orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas, tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade.

A pesquisa qualitativa destina-se especialmente aos estudos que envolvam relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; representações e historicidade; crenças e valores culturais; percepções; sentidos e significados; categorias que se originam das interpretações humanas e sociais, em como das experiências e interações vividas (MINAYO, 2007).

Assim, a pesquisa qualitativa se propõe a alcançar o conhecimento da realidade social que é exterior ao sujeito, bem como as representações sociais que traduzem o mundo dos significados (MINAYO, 1994). Os sujeitos podem variar em número – de um indivíduo até grandes grupos – e o foco do estudo pode variar de uma ação particular de uma pessoa ou pequeno grupo para a função de uma complexa instituição (MARTINS; BÓGUS, 2004). Desta forma, a pesquisa qualitativa permitirá identificar a subjetividade implícita no conselho de saúde estudado no período de março a outubro de 2012.

#### 3.2 CAMPO EMPÍRICO

A pesquisa foi realizada em Fortaleza-Ceará. A cidade iniciou seu desenvolvimento às margens do Rio Pajeú. Sua localização está no litoral Norte do Estado do Ceará e limita-se: ao Norte e ao Leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente; ao Sul, com os municípios de Pacatuba e Itaitinga e, a Oeste, com os municípios de Caucaia e Maranguape (FORTALEZA, 2009).

Conta com a afluência de 16 bacias hidrográficas, sendo as mais importantes as dos rios Ceará, Pacoti, Cocó e Maranguapinho. A cidade abriga ainda sete lagoas de médio porte: Messejana, Parangaba, Maraponga, Mondubim, Opaia, Pajuçara e Jaçanaú (FORTALEZA, 2009).

O clima é predominantemente equatorial e intertropical, favorecido por suave e constante brisa vinda do mar, que proporciona uma temperatura média de 27°. As chuvas são mais frequentes nos meses de janeiro a julho, numa média anual de aproximadamente 1.600mm (FORTALEZA, 2009).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), Fortaleza é a cidade mais populosa do Ceará e a quinta maior cidade do país, com população estimada de 2.452.185 habitantes, sendo a capital brasileira de maior densidade demográfica – 7.786,52 hab./km².

A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.435.456 habitantes e é composta por 13 municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante. Fortaleza faz fronteira com Caucaia, Aquiraz, Itaitinga, Pacatuba, Eusébio e Maracanaú (Figura 1).

Figura 1 – Localização Geográfica do Município de Fortaleza



Fonte: Disponível em: <http://www.ceará.com.br>

Administrativamente, o município de Fortaleza está dividido em sete Secretarias Executivas Regionais: SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V, SER VI e Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza-SERCEFOR (Figura 2).

Figura 2 – Mapa de Fortaleza e as Secretarias Executivas Regionais



Fonte: IPECE/CE.

A SERCEFOR passou de Extraordinária para Executiva no dia 28 de dezembro de 2007. Desde então, vem prestando serviços de execução, gerenciamento e assessoria de políticas públicas na área central, desenvolvimento de estudos socioeconômicos, elaboração de projetos técnicos para as secretarias temáticas e os demais órgãos públicos municipais.

Também é responsabilidade da SERCEFOR promover a análise crítica das ações propostas, em execução na área central, visando otimizar sua implementação e resultados, desenvolver iniciativas voltadas a qualificar o atendimento ao público, promover estudos e ações que visem a revitalização do patrimônio histórico e executar todas as atividades afins determinadas pela Prefeitura Municipal de Fortaleza (FORTALEZA, 2009).

No sentido de instituir uma administração descentralizada, com exceção da SERCEFOR, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio

Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SERs, através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (FORTALEZA, 2009).

### **3.2.1 Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza: um breve histórico**

O *locus* do estudo foi o CMS. Os conselhos de saúde atuam no referido município em três esferas: municipal, regional e local e possuem duas leis municipais e um decreto que os regulamentam.

O CMS foi criado pelo Decreto Municipal 8.417 no dia 5 de dezembro de 1990, anterior a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que estabelece a criação dos conselhos e conferências de saúde no Brasil. De acordo com o Decreto 8.417/90 competia a Secretaria de Saúde implementar o funcionamento do CMS, sendo responsável para fornecer recursos humanos e materiais necessários ao pleno exercício de suas atividades. Era presidido pelo SMS e na sua ausência o Chefe de Gabinete assumia essas atribuições.

Somente no dia 27 de março de 1991, ocorreu a primeira reunião ordinária do CMSF, foi realizada a eleição de nove usuários, representantes dos distritos sanitários. Esses usuários foram indicados por cada distrito para assumir a função temporariamente (OLIVEIRA, 2006).

O ato 2.636/91 de nove de julho de 1991, nomeou os primeiros conselheiros, sem a representação dos usuários dos nove conselhos distritais. O conselho era formado por 31 membros e não obedecia o princípio de paridade. Os representantes da sociedade civil eram indicados pelas direções das entidades; e o mandato dos conselheiros acabava juntamente com o mandato do prefeito (OLIVEIRA, 2006).

Em 1993 e 1997, o CMS passou ainda por duas reestruturações. No ano de 1993, Raimundo Bezerra assume a SMS. E vai buscar restabelecer o funcionamento do CMSF por meio do decreto 9.144 de 09 de julho de 1993. A partir deste decreto o princípio da paridade em relação aos usuários é definido; o presidente passa a ser eleito entre os seus membros, contudo, substituído, na sua ausência, pelo secretário executivo; o mandato passa a ser de dois anos, não



devendo coincidir com o mandato do prefeito e estabelece como competência do CMSF a criação, aprovação e reconhecimento dos conselhos locais e distritais como instâncias consultivas (OLIVEIRA, 2006).

No ano de 1997, os profissionais de saúde e os usuários se uniram para lançar um candidato e concorrer com o secretário municipal de saúde, que perde a eleição. Como consequência, todo o material do conselho foi retirado da sede da SMS, retirando seu apoio e negando as condições mínimas para seu funcionamento (OLIVEIRA, 2006).

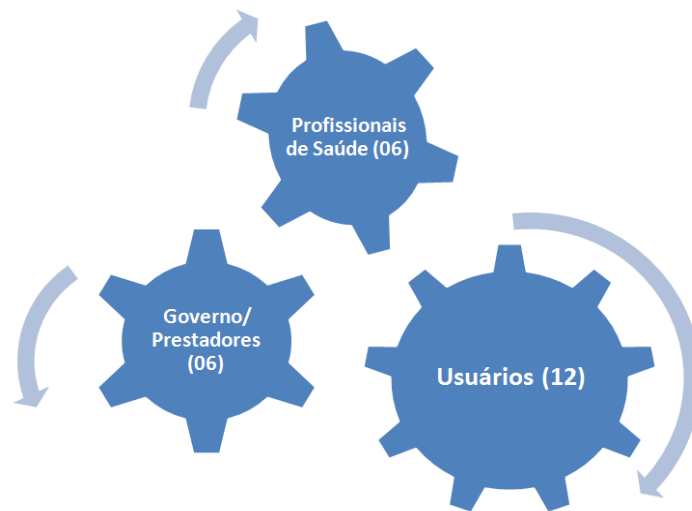
Com a criação da Lei Municipal 8.066 de 08/10/1997, o CMS se reestrutura. De acordo com a Lei, o conselho passa a ser composto por 24 conselheiros titulares e igual número de suplentes, tendo também a paridade respeitada. É criada a mesa diretora e composta pelo presidente, vice e secretário eleitos pelo plenário. Como requisito define a comprovação de funcionamento de pelo menos um ano para as instituições concorrentes a uma vaga de conselheiro e define a eleição dos representantes da sociedade civil em assembleia determinada para este fim, convocada pelas instituições, mas não especifica o nome das instituições da sociedade civil.

O Decreto nº 10232, de 03 de fevereiro de 1998, regulamenta dispositivos da lei nº 8.066, de 08 de outubro de 1997, que reestrutura o CMS, mas somente o decreto 10.547 do dia 08 de julho de 1999 revoga a prerrogativa do prefeito de indicar representantes da sociedade civil.

Como podemos observar, a trajetória do CMS de Fortaleza é marcada pelo autoritarismo e tentativas de controle da gestão com características antidemocráticas.

Atualmente o CMS é composto por vinte e quatro conselheiros efetivo (Figura 3) e igual número de suplentes, respeitada a paridade do número de representantes dos usuários em relação ao total de representantes dos segmentos do Governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

Figura 3 – Composição do CMS de Fortaleza-CE, 2012



O segmento de usuários é composto por doze conselheiros (Figura 4), assim distribuído: a) seis representantes – um de cada Conselho Regional de Saúde de Fortaleza; b) um representante de entidades de movimento de mulheres; c) um representante de entidades de portadores de patologia especiais e deficiências físicas; d) um representante de conselhos comunitários e associações de moradores ou entidades afins; e) um representante das Centrais Sindicais; f) um representante das entidades de idosos e aposentados; g) um representante de entidades empresariais.

Figura 4 – Composição do segmento de usuários no CMS de Fortaleza-CE, 2012



Os CRS foram criados pela Lei Municipal nº 8092 de 21 de novembro de 1997, sendo um órgão colegiado de natureza permanente com caráter deliberativo, consultivo e fiscalizador das políticas de saúde do SUS, no âmbito regional. Os CLS foram criados pelo Decreto Municipal nº 10.842 de 31 de julho de 2000, no entanto, é consultivo, não tendo caráter deliberativo.

Para ser conselheiro municipal de saúde, representante dos conselhos regionais de saúde, o usuário deve ser também conselheiro local de saúde. Cada CLS envia o nome de titular e suplente para representar sua Unidade de Saúde no CRS. No CRS é realizada uma eleição entre todos os usuários representantes dos conselhos locais, sendo escolhido um titular e um suplente para representá-lo no CMS.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram conselheiros municipais de saúde que representam o segmento de usuários das SER's no CMS, representado por seis usuários titulares e seis suplentes de acordo com a paridade e legislação vigente.

Inicialmente, para critério de inclusão utilizamos os conselheiros municipais (titulares e suplentes) que representam os CRS do segmento de usuários e que tinham no mínimo 50% de presença nas reuniões do CMS no período pesquisado.

No período do estudo, havia duas vacâncias no CRS da SER I, a mesa diretora do CRS renunciou ao mandato e o CMS teve que fazer uma intervenção, até a eleição de nova mesa diretora que ficou prevista para o período após as eleições municipais. Uma conselheira não foi entrevistada, por indisponibilidade de horário e ausência nas reuniões nos dias das entrevistas. Assim, diante do exposto, realizamos o estudo com nove conselheiros usuários entre titulares e suplentes.

O motivo que nos levou a definir tal critério de escolha foi pautado nos aspectos relacionados a participação destes usuários nas políticas e serviços de saúde a partir do território em que vivem, perpassando pelo conselho regional e ascendendo para o conselho municipal.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a outubro de 2012, por meio da observação participante, entrevista semiestruturada e pesquisa documental nas atas das reuniões no período da coleta e na legislação vigente. Além disso, durante a pesquisa, foram mantidos contatos informais com informantes-chaves que se revelaram importantes no sentido de entendermos a dinâmica interna do Conselho.

A utilização de várias técnicas de coleta nos permitiu a triangulação dos dados e favoreceu a consistência da pesquisa.

A observação participante, ou observação ativa consiste na participação real do pesquisador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada (GIL, 2009). O observador não pode esquecer que, embora participando com as pessoas em seu cotidiano, sua principal atividade é a investigação, é o desnudamento de uma realidade a conhecer.

Estas observações não tinham roteiros pré-estabelecidos, foram registradas em um diário de campo, durante oito meses, no período de Março a Outubro de 2012 nas reuniões ordinárias do conselho municipal de saúde, que sempre aconteciam uma vez por mês no auditório do CMS. A observação participante nos permitiu visualizar os fenômenos impossíveis de serem registrados mediante fala ou documentos. As atitudes, expressões não verbais, silêncios foram essenciais para a compreensão do estudo.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) com perguntas abertas. A coleta ocorreu de forma individual, antes do início das reuniões do CMS e de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

A entrevista, de acordo com Haguette (2003) é um processo de interação social, em que o entrevistador tem a finalidade de obter informações sobre o entrevistado por meio de um roteiro composto por tópicos que abordam uma problemática central.

A entrevista privilegia a obtenção de informações pela fala individual, revelando condições estruturais, valores, normas e símbolos e transmite através de um porta-voz, representações de um determinado grupo, tem como vantagem a

possibilidade de aprofundamento de diversas questões sociais, sendo possível esclarecer ao entrevistado o conteúdo da pergunta, sem a exigência que este saiba ler ou escrever (MINAYO, 1994).

As entrevistas foram gravadas por meio do dispositivo eletrônico MP4 e transcritas na íntegra.

Os documentos foram intencionalmente selecionados. A partir dessa seleção foram utilizadas as atas das plenárias realizadas no período de observação do estudo, regimento, decretos e resoluções que poderiam fornecer dados elucidativos sobre o arcabouço – estrutural do CMS.

Durante o processo de coleta de dados, ocorreram alguns percalços que dificultaram o estudo. Em março de 2012, ocorreu uma nova eleição dos Conselheiros de Saúde, juntamente com a mudança da mesa diretora. Nesse período já havíamos iniciado a pesquisa e tínhamos apresentado o projeto para a Mesa Diretora anterior. Então tivemos que reiniciar todo o processo de apreciação e divulgação da pesquisa para os novos membros.

A saída dos conselheiros que completaram quatro anos de mandato, tornou a dinâmica do CMS mais lenta, as comissões foram desfeitas, os conselheiros usuários na sua maioria não tinham vivência com o controle social por meio do Conselho Municipal de Saúde. Era se como um ciclo tivesse sido concluído e os novos integrantes tivessem que construir um novo tempo.

O período eleitoral contribuiu para o adiamento da entrevista de alguns conselheiros, era comum o envolvimento não só dos usuários, mais de outros segmentos no cenário político partidário.

Por ser conselheira de saúde, durante o período da pesquisa, tornei-me mais observadora, reduzindo minha participação nos debates no CMS. Apesar de explicar desde o primeiro momento que o CMS fazia parte da minha investigação científica, era sempre requisitada a participar das comissões de saúde e de eventos representando o CMS. Em outubro de 2012, perante a plenária mensal, solicitei meu afastamento oficial durante três meses para análise do estudo.

A aproximação com o cenário do estudo me oportunizou algumas percepções e singularidades que somente como pesquisadora seria impossível de revelar, mas por outro lado, tornou-se um grande desafio o equilíbrio entre os vários sentidos do “ser” social e o “ser” pesquisador.

### 3.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na análise do material empírico, utilizamos a abordagem teórico-metodológica da análise de conteúdo crítica-reflexiva de Minayo, retraduzida por Assis e Jorge (2010).

Essa análise é de acordo com as autoras permeada pela construção teórica e o tratamento do material empírico, estabelecendo um confronto, dialeticamente integrado entre as categorias empíricas e categorias analíticas, que se articulam, se movimentam e se questionam na realidade natural-social. Sendo importante:

[...] reconhecer que esse tipo de metodologia é um campo em constituição, comportando uma multiplicidade de abordagens, a partir das Ciências Sociais, como movimento de saberes, de práticas e de políticas, isto é, um campo articulado à produção de conhecimento na área da saúde (ASSIS; JORGE, 2010, p. 149).

As etapas desta análise são apresentadas de forma separada e sequencial, mas, são inter-relacionadas, dinâmicas e intercomplementares.

A primeira etapa é denominada de ordenação de dados, envolve a transcrição de gravações, leitura geral do material empírico; organização de dados em diferentes conjuntos (temas, palavras, frases) contemplados nas observações, diário de campo, documentos e entrevista semiestruturada. Assis e Jorge (2010) relatam que esta ordenação tem como objetivo estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo.

A segunda etapa é denominada classificação de dados e permite a construção dos dados empíricos que são tomados como base teórica que sustenta a pesquisa e os pressupostos teóricos eleitos pelo pesquisador. Foi desenvolvida em três momentos: leitura exaustiva e repetida das unidades de análise, leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicação e confronto entre os diferentes sujeitos.

A terceira etapa, chamada de análise final dos dados, enfatizou, principalmente, o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais, que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. A análise também permitiu levantar possibilidades de novas pesquisas e novas propostas de intervenção social.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 1996). Os sujeitos do estudo foram orientados sobre o anonimato, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, foram convidados a assinar um termo de consentimento para o estudo, podendo retirar sua participação no momento que o desejassem. O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE por meio da Plataforma Brasil e teve parecer favorável de nº 15795 (Anexo A).

## 4 ANALISANDO E DISCUTINDO OS ACHADOS

Há homens que lutam um dia, e são bons; há homens que lutam por um ano, e são melhores; há homens que lutam por vários anos, e são muito bons; há outros que lutam durante toda a vida, esses são imprescindíveis. (BRECHT).

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Conhecer os sujeitos da pesquisa e sua trajetória é essencial para a sistematização do fenômeno estudado. Neste sentido, o primeiro passo para a construção do material empírico foi a construção do perfil dos conselheiros a partir dos dados de identificação coletados na entrevista semiestruturada. As variáveis foram compostas do sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, renda individual, filiação partidária e tempo de atuação em movimentos sociais. A compreensão desses fenômenos é um dos requisitos que consideramos importante para a construção do conhecimento a partir da dialética.

A predominância de conselheiros usuários é do sexo masculino (07) e duas conselheiras do sexo feminino. As faixas de idade foram classificadas com intervalos de 10 anos. Entre 30 e 40 anos, são três conselheiros; entre 41 e 50, três; entre 51 e 60 anos, um conselheiro e entre 61 a 70 anos são dois.

Com relação à escolaridade dois conselheiros tem ensino fundamental, cinco concluíram o ensino médio, um possui superior incompleto e um conselheiro tem superior completo. Portanto, 56% dos conselheiros usuários têm o ensino médio. Achado semelhante foi encontrado no estudo realizado em Curitiba, em que 60% dos conselheiros usuários tinham no máximo o ensino médio (FUKS, 2005).

Na divisão técnica e social do trabalho, dois conselheiros são aposentados, dois auxiliares administrativos, um conselheiro é servidor público, um porteiro, um comerciante, uma professora, e um pedreiro. Três conselheiros não tem renda, quatro conselheiros recebem de um a dois salários mínimos e dois conselheiros tem renda de três a quatro salários.

Uma das dificuldades no exercício do controle social relatada por conselheiros foi a falta de condições financeiras para participar das atividades dos conselhos, demonstrada no depoimento a seguir:



[...] os conselheiros usuários não tem como vir pra cá, pra ir alguma reunião fora, algum curso, capacitação, então isso, o Conselho Regional tem uma dificuldade muito grande de deslocamento. Você ver que a gente dar vale-transporte de ida e volta. [...] Conselheiros eleitos usuários para a mesa diretora dos conselhos regionais, eles não podem passar o dia todo no conselho porque eles não tem como bancar sua alimentação, ou vai pela manhã ou vai a tarde (Usu1).

Foi evidenciado na observação, que nas reuniões do Conselho Municipal é oferecido vale-transporte para os conselheiros, este mecanismo é fundamental para garantir a presença dos conselheiros de baixa renda nas reuniões, mas limita a participação dos conselheiros em outras atividades, por exemplo, podemos citar as capacitações, visitas as Unidades de Saúde e fiscalizações. Destacamos no período de observação participante a presença dos conselheiros suplentes nas reuniões, mesmo com a presença de seus titulares. Ao indagarmos esse fato, eles justificavam sua presença como meio de aprendizado para o exercício do controle social.

A maioria dos conselheiros relatou não ter filiação partidária (78%), os demais conselheiros eram filiados ao Partido dos Trabalhadores. Em contrapartida, no período de observação do estudo percebemos que alguns conselheiros participavam ativamente da militância em campanhas políticas municipais eleitorais.

Ainda sobre o envolvimento de conselheiros em atividades políticas, nesse período foi aprovada pela Plenária do Conselho Municipal realizada no dia onze de setembro de dois mil e doze, a suspensão da Capacitação para Conselheiros de Saúde durante o período eleitoral, pelo esvaziamento dos conselheiros na capacitação. De acordo com a referida Ata, o curso deu início na Regional III e IV, na Regional III foram inscritos sessenta conselheiros no período da manhã e sessenta conselheiros no período da tarde, só comparecendo vinte conselheiros pela manhã e vinte três à tarde.

A participação em movimentos da igreja, e associações de bairros e de idosos marcaram a trajetória dos conselheiros nos movimentos sociais. Destacamos que quatro conselheiros tinham mais de dez anos em movimentos sociais; dois conselheiros participavam de cinco a dez anos e três conselheiros há menos de cinco anos.

O quadro a seguir sintetiza o perfil biográfico dos usuários:

Quadro 3 – Perfil Biográfico dos Usuários Entrevistados do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

<b>Usuário</b>	<b>Perfil</b>
(Usu1)	49 a, ensino superior incompleto, católico, auxiliar administrativo, casado, renda individual e familiar de um salário mínimo, participa de movimentos sociais há 34 anos e de conselhos de saúde há 5 anos. Nunca participou de capacitação para conselheiros de saúde. Filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT).
(Usu2)	50 anos, ensino fundamental II, católico, porteiro, casado, renda individual e familiar de dois salários mínimos, participa de movimentos sociais há um ano e de conselhos de saúde há dois anos. Participou de uma capacitação para conselheiros regionais de saúde em 2009. Sem filiação partidária.
(Usu3)	46 anos, ensino superior completo, católica, professora, atualmente sem ocupação, solteira, renda familiar de dois salários mínimos. Há 30 anos participa de movimentos sociais e há seis anos de conselhos de saúde. Participou de uma capacitação para conselheiros em 2008. Sem filiação partidária.
(Usu4)	35 anos, ensino médio completo, católico, servidor publico, solteiro, renda pessoal de dois salários mínimos e familiar de três salários. Há dezessete anos participa de movimentos sociais e a quatro anos de conselhos de saúde. Participou de uma capacitação para conselheiros em 2008. Filiado ao PT.
(Usu5)	60 anos, ensino médio completo, católico, comerciante, casado, renda pessoal e familiar de três salários mínimos. Há vinte e sete anos participa de movimentos sociais e há quatro anos de conselhos de saúde. Participou de uma capacitação para conselheiros em 2009. Sem filiação partidária.
(Usu6)	67 anos, ensino médio completo, separado, católico, aposentado, renda familiar e pessoal de quatro salários mínimos. Participa de movimentos sociais há doze anos e há oito anos participa de conselhos de saúde. Já participou de capacitação de conselheiros, mas não lembra o ano. Sem filiação partidária.
(Usu7)	39 anos, ensino fundamental completo, casado, católico, pedreiro, sem renda pessoal, renda familiar de um salário mínimo. Participa de movimentos sociais há 4 anos e há menos de um ano é conselheiro de saúde. Sem filiação partidária.
(Usu8)	35 anos, ensino médio completo, solteiro, católico, renda familiar de um salário mínimo. Voluntário em uma ONG. Participa de movimentos sociais há 8 meses e de conselhos de saúde há 4 anos. Sem capacitação. Sem filiação partidária.
(Usu9)	65 anos, ensino médio, solteira, católica, aposentada, renda familiar e pessoal de dois salários mínimos. Participa de movimentos sociais há 10 anos e de conselhos de saúde há 8 anos. Sem capacitação. Sem filiação partidária.
<b>Total</b>	<b>9</b>

#### 4.2 DE ESPECTADORES A ATORES SOCIAIS: o caminhar dos conselheiros de saúde

A trajetória dos conselheiros tem início no Conselho Local de Saúde, que por necessidade, curiosidade e por vezes, devido falta de participação ativa de outros usuários dos serviços de saúde, receberam como missão representar sua comunidade e lutar por um sistema de saúde de melhor qualidade.

Todos têm características em comum: participantes de movimentos sociais e usuários do SUS que vivenciam as dificuldades *in loco* e insatisfeitos com a realidade local tem a oportunidade de participar como cidadãos ativos em busca de

melhoria coletiva de um sistema de saúde mais justo e mais equânime. No entanto, mesmo com a experiência prévia em movimentos sociais, tinham em comum o desconhecimento sobre o controle social exercido pelos conselhos de saúde:

Rapaz, foi meio acidental, eu fui convidado, eu não tinha conhecimento nenhum com essa questão do controle social e como tava sendo montado o conselho local [...] quando foi na hora da eleição pra escolha da mesa diretora me cutucaram e disse vai, vai, vai ser presidente, e aí o que é que eu tenho que fazer?, aí tem que se reunir aquele negocio todo, aí eu sem conhecimento, me candidatei pra presidente, aí fui eleito e comecei a trabalhar no conselho local, posteriormente nesta mesma eleição fui escolhido para representante para o conselho regional, e no conselho regional eu fui ser suplente no Municipal, então eu entrei logo de cara nessas três instancias (Usu2).

Para Testa (1995), a transformação de um sujeito individual (social) em um sujeito coletivo depende dos interesses comuns. O autor ao definir o sujeito social o ideologiza como uma consequência de um trabalho abstrato, não sendo plenamente consciente. Já o sujeito social coletivo contém duas variantes que são o grupo e a classe, ambos têm como fundamento um interesse concreto comum. A transformação desses sujeitos em atores sociais e destes em atores de saúde não ocorre de forma imediata, requer certas condições específicas em que se realiza o processo de trabalho conjunto (concreto) para se tornar efetiva.

O caminhar dos conselheiros locais até chegar ao conselho municipal se deu quase que instantaneamente, como vemos no depoimento a seguir:

Eu fui a uma reunião do conselho local, e nessa reunião eu fiz algumas perguntas, aí disseram: essa reunião aqui é pra escolher pessoas pra fazer parte do Conselho, não gostaria você de fazer parte? aí eu disse que conhecia muito pouco, ali eu não conhecia ninguém. [...] se você fizer parte aí você vai conhecer, vai representar o conselho na Regional até então eu não sabia o que era Regional, aí vem aquelas coisas de não ter ninguém que queira, aí me colocaram no conselho local, aí eu fui ser conselheiro, logo em seguida eu fui presidente do conselho local e representante do conselho regional, aí começou minha trajetória no conselho. [...] aí fui convidado a participar da mesa diretora do conselho regional e fui para o Municipal (Usu6).

Os relatos apresentados apontam a fragilidade da participação da comunidade nos espaços públicos na perspectiva de promover a autonomia e emancipação da cidadania. Revelam ainda que o ACS tem encorajado a participação dos conselheiros no CLS, sendo atores importantes para a divulgação do controle social como mostra o relato a seguir:

[...] um cidadão do posto (ACS) foi lá me convidou e perguntou se eu não queria ser conselheiro e eu sem saber o que é. Ele me explicou e disse: que não era nada não, você vai participar das reuniões uma vez por mês, aí eu disse tudo bem, aí fui ser conselheiro local (Usu2).

O desconhecimento dos usuários sobre a participação popular como elemento constitucional também foi evidenciado, assim como a ausência de participação dos usuários nos espaços dos conselhos:

[...]a comunidade ainda está ausente de tudo o que é um conselho e de que a participação deles mesmo como não conselheiros só em opinar e só de falar só de ouvir, só de discutir mesmo que não tenha direito ao voto (Usu4).

Para Arantes et al. (2007), a cultura de não participação presente na sociedade e o medo de discriminação são fatores que contribuem para que a participação nos órgãos colegiados seja reduzida. Nesse sentido, contribuem para uma baixa credibilidade na sua atuação, o que leva a uma redução de participação e conseqüentemente poucos resultados.

Apesar do direito a saúde ser defendido pela Constituição Federal e garantir a participação da sociedade nas políticas públicas, criando uma nova relação entre Estado e Sociedade na construção de um espaço democrático, na prática, a saúde ainda é vista como uma mercadoria:

O Sistema Único de Saúde tem muitos inimigos, porque se o sistema de saúde não der bem, muitas pessoas se dão bem vendendo serviços de saúde (Usu6).

Para Pedrosa (1996), a população brasileira não tem a compreensão de saúde como um direito social, sendo identificada apenas como meio de consumo de serviços. O referido autor defende que a interlocução da Sociedade e Estado a partir dos conselhos, permite a revisão do papel do Estado e qualifica os indivíduos como cidadãos. Essa interlocução só será possível com a participação plena dos sujeitos implicados, um dos entrevistados destaca o poder da participação definida no contexto legal:

Quando essa sociedade entender o poder que a lei orgânica do município oferece, quando ela entender que as leis do país dá condição de transformar o País, aí elas vão se engajar e nos vamos ter um sistema de saúde muito mais digno, mais garantido e aí com certeza as pessoas vão chegar num hospital público ou na atenção básica e vão ser mais bem atendidas (Usu1).

Outro aspecto observado, embora incipiente, foi a construção do direito à saúde, iniciado na Unidade de Saúde a partir dos conselhos locais, tornando um espaço micro político de participação a partir de situações cotidianas que impulsionam a prática social.

Nesse sentido, Bosi (1994), defende que o desenvolvimento da relação dialética de conscientização/ participação acontece no cotidiano, com experiências de vida, alinhando elementos construídos a partir de percepções referentes a vida social, representando ao mesmo tempo espaço de luta e de poder. O relato corrobora com Bosi:

Pra eu chegar ao CMS de Fortaleza teve toda uma trajetória. Eu comecei a entender e a cumprir sobre o controle social da saúde é... indo para as reuniões do Conselho Regional de Saúde da Regional sem ser conselheiro ainda. E comecei a gostar desse movimento e a gente acompanhava os movimentos comunitários e movimentos em prol da educação do bairro, né... e aí eu me interessei, achei pertinente e fui...me propus ainda na primeira eleição que houve no Conselho Local a me candidatar e fui eleito né, fui um dos usuários mais eleitos no primeiro mandato de dois anos e já nesse primeiro mandato a gente teve uma condução e uma disposição do Conselho Regional. Também chegando lá, a gente conseguiu é... os números de votos suficientes para ser o conselheiro usuário mais votado da regional para representar os conselhos locais e aí a gente conseguiu passar um bom tempo. Nos primeiros dois anos no Conselho Regional, houve uma vacância no Conselho Municipal do nosso representante, aí eu me candidatei, também me deixei a disposição dos companheiros a mim representar no conselho Municipal, por minha sorte, mais uma vez, sorte e perseverança do que era o que gente tava buscando, fomos eleito a Conselheiro Municipal de Saúde. (Usu4).

Nas observações realizadas, ficou evidente a participação mais ativa dos conselheiros que já exerciam papel de conselheiros de saúde há mais tempo. Esses conselheiros exerciam domínio a partir de seus argumentos e convenciam os mais tímidos ou com pouco conhecimento, nos momentos de votação a apoiarem suas sugestões e opiniões.

A Resolução Nº 333, de 04 de novembro de 2003, do CNS, sugere que o mandato dos membros dos conselhos de saúde deve ter duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, por mais dois anos, a critério das respectivas representações. A Resolução Nº 423 de 10 de maio de 2012, no item V acrescenta que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

Em outro depoimento, o usuário defende o interstício de quatro anos, mas afirma que o conselheiro só começa atuar efetivamente depois do segundo ano de mandato:

[...] sou favorável ao interstício de dois anos para que novos atores entrem no processo, porque não é só eu que vou pensar saúde, não é só fulano ou sicrano, daqui há quatro anos nós temos que sair e deixar novas cabeças a vir pensar ou quebrar a cabeça, porque a gente só começa a entender depois do segundo ano, a gente só começa a entender com maestria, com um pouco mais de maestria, depois do segundo ano. Porque eu passei um ano e meio. Eu digo por que eu já entrei sabendo um pouco, o pessoal diz que tá com muito tempo, mas é que eu passei um ano e meio indo as reuniões sem ser conselheiro, só como ouvinte, como cidadão, e não tinha direito a voto, mais tinha o direito de opinar e isso foi me apaixonando, nessa discussão, nesse debate e resolvi entrar em torno desse sistema de eleição de conselho (Usu6).

O sistema de saúde é complexo e dinâmico, exigindo dos conselheiros conhecimentos específicos sobre a legislação e sobre o funcionamento do sistema. A arena do CMS torna-se cenário da práxis do conselheiro, em um curso intensivo de cidadania, exigindo no início de sua atuação, o recuo e o silêncio como aprendizado, como descrevemos no relato de um conselheiro:

No começo eu ficava quieto, era questionado até muitas vezes que eu era calado, [...] às vezes brincava comigo: o Sr. chega calado e sai mudo, mais na realidade é porque era um aprendizado, naquele momento... eu passei praticamente esses dois anos como suplente aprendendo e o que eu aprendi agora quando titular eu tô passando a me soltar um pouquinho, aos poucos (Usu2).

No CMS pesquisado, o usuário assume a responsabilidade de participar das três instâncias de conselhos, embora a trajetória seja ascendente, é na maioria das vezes instantânea, o desconhecimento das políticas públicas e de suas atribuições, fragiliza sua participação, ocasionando baixo impacto nesses espaços de luta:

Eu entrei logo de cara nessas três instâncias [...] no começo foi meio enrolado, teve momentos que eu pensei em abandonar, porque eu não tinha conhecimento (Usu2).

O desconhecimento sobre as atribuições do conselho, representado aqui como falta de capacitação, contribui para uma participação limitada. Pateman (1982) defende que a participação limitada e a apatia tem uma função positiva no conjunto

do sistema ao amortecer o choque das discordâncias, dos ajustes e das mudanças, retardando o avanço das lutas.

Ser um conselheiro é uma coisa muito, como se diz assim, é... difícil, difícil assim, porque você tem que saber, você tem que aprender como é que você entra. Então na época lá, quando eu entrei no posto, eu não fui votado, eu fui posto lá e pronto “é conselheiro”, quer dizer não houve uma votação, primeira irregularidade, depois com o tempo, no ano passado é que eu fui descobrir, entendeu? Porque se fazem reuniões o conselho, reuniões, reuniões e reuniões e os cursos de capacitação que seria o básico, era você mostrar ao conselheiro como é o procedimento para participar das votações, você vai ter que ter tantos votos, teria que ter dois candidatos, porque as patologias são várias, o usuário e tal, teria que ter todas essas coisas pra você ser eleito. Quer dizer, isso nunca foi repassado pra minha pessoa, então dificultou muito, quando eu vim perceber já estava presidente do conselho da Regional (Usu5).

Outro depoimento em destaque aponta o envolvimento do usuário no conselho local de saúde por consequência da fragilidade da oferta dos serviços de saúde. A partir de uma necessidade individual surge uma “nova representação” na tentativa da construção coletiva do direito a saúde:

[...] um filho que tenho desde 45 dias de nascido, ele fazia hemodiálise né, então eu via aquela dificuldade de conseguir medicamento, então eu terminei me envolvendo nisso para defender não só o meu filho, mas os outros que eu achava uma injustiça muito grande, que você não tem um medicamento (Usu5).

Sposati e Lobo (1992) ao definir direito a saúde, defendem que é mais que um direito ao consumo de saúde, é mais do que a democratização do consumo da assistência médica, embora seja essencial. Nessa perspectiva o usuário/consumidor é ao mesmo tempo um sujeito/democrático que participa da construção das políticas de saúde:

Devido eu passar muito tempo indo ao posto pra conseguir uma consulta e não conseguir, aí eu me revoltei com aquilo muitas vezes mesmo no Hospital Geral mesmo, mal atendido, mal tratado, aí eu fiquei pensando como é que eu poderia ajudar ou mudar essa situação. Aí indo nas reuniões lá do posto eu vi que podia... aí devido a isso fui para a eleição no posto e me candidatei no Conselho Local, Regional e consegui ir para o Municipal, tá entendendo. Minha eleição foi assim, como usuário já tinha a experiência e foi pelo sofrimento. Muitas vezes eu estava na porta de um médico e eu ver ele maltratando e eu ter que saber como agir e como falar com ele, porque se a gente fala com ele não escuta né, e aqui não, aqui (no conselho) eu tenho a voz pra falar e tenho falado muitas coisas. Sinceramente eu não tenho partido político, eu não tenho nada, eu só tenho a vontade que isso funcione certo (Usu7).

Para Morita, Guimarães e Muzio (2006) numa sociedade de classe, as questões relacionadas ao poder e conhecimento são obstáculos ainda hoje presentes que dificultam a participação dos desiguais. Nessa perspectiva, a participação da sociedade pode ser tensionada pela falta de acesso aos serviços de saúde.

Dialeticamente, evidencia-se também o desejo de mudança e ruptura de um sistema centralizador e autoritário que alimenta a cultura de não participação, dificultando assim, o diálogo entre Sociedade e Estado.

#### 4.3 O CONTROLE SOCIAL NO SUS: concepções dos conselheiros de saúde

O controle social tem sido destaque nas discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas. No setor saúde, o controle social é uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação da participação social regulada e institucionalizada normalmente no aparelho de Estado (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Os meios de controle social têm como pilar a fiscalização das ações públicas, mas o seu papel é muito mais amplo. Visam, sobretudo, a indicar caminhos, propor ideias e promover a participação efetiva da comunidade nas decisões de cunho público (CUNHA, 2003).

Ao ampliar a consciência “cidadã”, é importante destacar o ato de fiscalizar, relatado por um único conselheiro, mesmo que seja a nível local, a execução das políticas públicas:

Eu acredito que seja na fiscalização, no controle do que está acontecendo no posto, quais os benefícios que vão para lá e como é utilizado esses recursos (Usu8).

Nessa perspectiva, Cortes (2002) refere que os usuários poderiam influir mais nas decisões sobre o destino dos recursos públicos no setor saúde, obter informações visando a transparência do serviço, fiscalizar a qualidade da assistência prestada, influenciar na formulação de políticas públicas que favoreçam os setores sociais que eles representam, além de participar de maneira mais efetiva na construção das ações de saúde.



Carvalho (1995, p. 8) define que “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Para os conselheiros de saúde entrevistados o controle social é considerado um exercício da cidadania, mas também é ser solidário e ajudar as pessoas, é participar, pensar em um bem coletivo e defender os direitos do SUS.

Eu digo assim... o controle é o que você tem como direito e o que você tem como cidadão para reivindicar ( Usu7).

Para outro conselheiro o controle social é sinônimo de participação. Martins et al. (2008) denomina de participação comunitária, que interpreta a participação como a organização da comunidade em grupos de apoio aos programas e projetos, no intuito de obter recursos, transmitir conhecimentos e capacitar a população para que se transforme em agente ativo de seu desenvolvimento:

[...] é a participação das pessoas, é a pessoa se apropriar de conhecimento e tentar transformar (Usu3).

O entrevistado a seguir, entende como controle social, o exercício da cidadania como elemento essencial para a participação democrática, instituída no arcabouço jurídico-constitucional, assegurando a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda população com acesso universal e equitativo (BRASIL, 2002):

É nada mais do que fazer o dever do cidadão, de exercer cidadania e tentar buscar pra gente e para os outros uma busca incansável de uma melhor saúde para a população, de uma melhor implementação de uma coisa linda que nós temos que se chama Sistema Único de Saúde (Usu4).

Essa concepção democrática da participação em saúde, constitui uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil, com a participação dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem realizadas, bem como no monitoramento de sua implementação, incluindo aspectos econômicos e financeiros (DAGNINO, 2004). O próximo depoimento, também reflete as relações de poder que ocorrem entre Estado e sociedade, oportunizando a sociedade a exercer controle sobre o Estado:

[...] depende da interpretação de cada pessoa, do desejo que ela tem de controlar ou de descontrolar as questões de políticas públicas. É construir para a sociedade né, então esse controle social é na minha visão direta, é a sociedade controlando um instrumento de gestão dos modelos administrativos do País (Usu1).

Cunha (2003) defende que o controle social deve ser um instrumento com expressão de democracia. Dessa forma, a participação da sociedade, é pensada como um processo contínuo de democratização e de espaço para uma cidadania ativa que institui o cidadão como criador de direitos, abrindo novos espaços de participação política (CHAUÍ, 2007).

Nesse sentido, o controle social é entendido como uma tentativa de estabelecer uma nova relação entre o Estado e Sociedade, que implica numa concessão do Estado, para que a sociedade participe de suas decisões (BASTOS; SANTOS; TOVO, 2009).

No entanto, a sociedade civil não é homogênea. Para Correia (2005), os conselhos constituem-se em um espaço de luta de interesses contraditórios que expressam os interesses de classe que circulam no conjunto da sociedade, mesmo que não se apresentem como tais. Essa dicotomia fragiliza a construção de uma participação social mais ampla no processo de construção dos direitos a saúde.

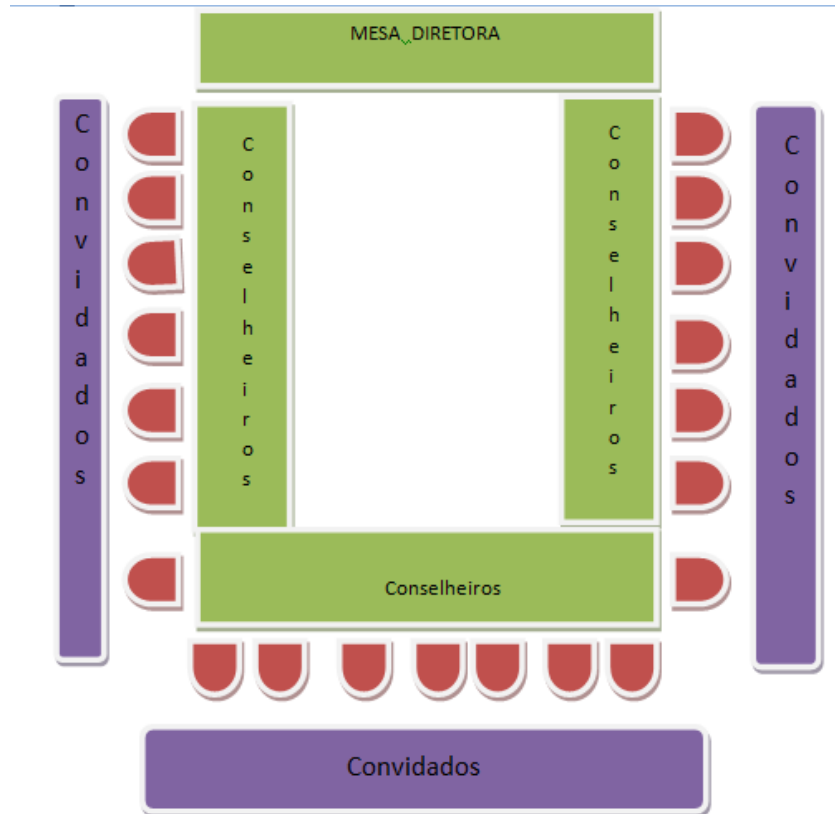
#### 4.4 PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO: realidade ou utopia?

Inicialmente, faremos uma breve descrição da estrutura física das reuniões do Conselho que acontece sempre no auditório da SMS. O espaço é climatizado e iluminado, a acústica não era boa, mas o uso do microfone contribuía para o entendimento do assunto exposto. Todas as reuniões são gravadas por um programa de informática.

Para Correia (2008) nos conselhos existem diferentes tensões que se expressam na presença de diferentes interesses de classes, representadas pelos conselheiros.

A disposição das cadeiras era sempre reservada para a mesa diretora, responsável por conduzir as reuniões, demais conselheiros e convidados (Figura 5). O papel da mesa era conduzir as pautas das reuniões, no entanto esses espaços não eram neutros. Os interesses das classes dominantes direcionavam as pautas das reuniões.

Figura 5 – Distribuição de assentos nas reuniões do CMS



De modo geral, era possível definir quem era conselheiro, ou não. Os convidados eram sempre os conselheiros regionais e locais de saúde do segmento de profissionais de saúde, seguido do segmento de usuários. As reuniões eram marcadas para começar às 14h, no entanto em todo período observado, eram iniciadas com atraso mínimo de uma hora, a duração média das reuniões eram de duas horas.

A mesa diretora sempre esperava a chegada dos conselheiros para “dar quorum”. Os conselheiros se agrupavam conforme afinidades, grupos de interesse e graus de participação, os mais antigos participavam das discussões, os mais novos se limitavam em observar e levantar a mão quando ocorria o processo de votação.

Ainda foram observadas as seguintes situações comportamentais dos conselheiros: nas plenárias no momento da leitura das atas anteriores, para aprovação, os conselheiros ficavam com conversas paralelas, tornando o plenário com muitos ruídos. A mesa diretora sempre interrompia as reuniões para pedir silêncio. No decorrer das reuniões, os conselheiros se dispersavam e se ausentavam constantemente da plenária. No ultimo momento da reunião eram lidos

os informes, no entanto poucos conselheiros estavam presentes. Os conselheiros mais antigos eram mais participativos, no entanto não traziam problemas relacionados com a sua comunidade, o próprio ato de ocupar uma “cadeira” no CMS, os tornavam atores/expectadores em cenários diferentes.

Teoricamente, a “participação da comunidade” nas políticas públicas garantida pela Constituição Federal de 1988 trouxe muitas perspectivas para uma prática democrática, a partir do controle social, aqui representado pelo conselho de saúde. No entanto, observamos apatia dos conselheiros novatos no processo de participação.

Em algumas situações, os conselheiros mais antigos se apropriavam do conhecimento e tentavam induzir e tencionar os outros conselheiros a “tomar partido” apoiando suas ideias e concepções.

Ao refletirmos sobre as práticas de participação dos conselheiros, devemos considerar o contexto histórico, social e cultural dos sujeitos envolvidos. Partindo de suas trajetórias, descritas no item anterior, ficou evidenciado a fragilidade dos representados em participar efetivamente das decisões no processo de co-gestão. Na fala dos conselheiros, o desinteresse dos usuários em participar dos conselhos inicia-se no CLS.

Por outro lado, essa fragilidade, fez desses sujeitos potenciais “desbravadores”, colocando-os como representantes da sociedade civil na tentativa de fiscalizar, deliberar e contribuir na construção das políticas de saúde.

Ainda sobre participação, Pateman (1992) a classifica em pseudoparticipação, participação social e participação plena.

Nas reuniões do conselho, ficou evidente a presença da pseudoparticipação, pois as decisões tomadas pela gestão são simplesmente informadas ao grupo e conselheiros apenas aceitam as decisões acreditando que estão participando; também observamos em alguns momentos, a participação parcial, os conselheiros participam do debate sobre as decisões, mas apenas um conselheiro influente ou uma parte do grupo tem o poder de direcionar a decisão. A participação plena não foi evidenciada nas plenárias, no período da observação. Esse tipo de participação, permite que todos os membros do grupo participem das discussões e possuam as informações necessárias para a “tomada de decisão”. Com relação ao Sistema de Saúde as principais decisões partem dos gabinetes.

Um outro aspecto a ser considerado é que ainda hoje existe em nossa sociedade a cultura de não participação. A história política caracterizada por um regime centralizador e autoritário, a dominação do Estado sobre a Sociedade, são fatores que podem ser determinantes para que a participação nos órgãos colegiados seja reduzida.

Ribeiro e Nascimento (2011) ao se reportarem à cultura historicamente construída no Brasil, destacam o predomínio do autoritarismo, patrimonialismo e elitismo sobre uma sociedade escravocrata. A sociedade, por sua vez, ainda não conseguiu romper com essa herança do passado, tornando a participação social incipiente.

Corroboramos com Morita, Guimarães e Muzio (2006) ao trazer o significado de participação social como “fazer parte de decisões políticas”, sendo nesse sentido, difícil sua concretização e citam como fatores que dificultam a participação social, a estrutura assistencial de saúde (por causa da conjuntura política); a organização sindical e dos movimentos populares; a dinâmica das reuniões dos conselhos e o envolvimento da comunidade na criação do conselho.

Esses fatores foram evidenciados durante a observação do estudo no CMS de Fortaleza. Observamos também a falta de conhecimento dos conselheiros sobre a legislação vigente. O depoimento de um conselheiro corrobora o que foi observado:

Pra entender de controle social tem que primeiro entender das leis, das resoluções dos instrumentos pra poder atuar, porque você não pode chegar e entrar só com a cara e os peitos e vamos pra frente sou conselheiro, você tem que entender das resoluções, pra que é feito essas resoluções, que é um complemento para melhorar a lei, são coisas que você quando está numa plenária que está debatendo um processo de votação para qualquer um questionamento, qualquer conselheiro pode pedir visto do processo, então interrompe a votação daquela...daquele projeto, daquela falta que ficou distante da apreciação dos membros do conselho né, para votação, então se alguém pede visto do processo é interrompido automaticamente, então são essas coisas, muitos detalhes que os conselheiros tem que aprender (Usu5).

Um estudo realizado por Oliveira e Almeida (2009) em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, foi revelado que a participação dos conselheiros nas deliberações do conselho eram prejudicadas por não conhecer o referencial legal, sendo transformadas em encaminhamentos.

No período observado, constatamos que as reuniões realizadas no CMS eram burocráticas e informativas, sendo composta de leitura da pautas, em seguida, ratificação e/ou aprovação de atas anteriores; informes e tentativas de formação das Comissões de Saúde.

Os conselheiros usuários sempre estavam presentes nas reuniões, porém, pouco se manifestaram para concordar discordar, discutir, propor ou encaminhar sugestões ou queixas da comunidade. O mesmo ocorria com os outros conselheiros. As reuniões eram sempre conduzidas pela mesa diretora, os conselheiros chegavam, sentavam, votavam, pouco se manifestavam e iam embora.

Na tentativa de melhorar a fiscalização, controle e o acompanhamento das ações e serviços de saúde, e diminuir as fragilidades de participação dos conselheiros, foi elaborado a Resolução nº 02 de 22 de Fevereiro de 2011, baseada no Regimento Interno do CMS, que dispõe de cinco Comissões Permanentes assim designadas: Comissão de Planos, Projetos e Programas; Comissão de Recursos Humanos; Comissão de Acompanhamento da Gestão do Sistema; Comissão de Orçamento e Finanças; Comissão de Implementação do Controle Social. Essas comissões são compostas obrigatoriamente por dois conselheiros municipais e cinco conselheiros locais ou regionais, totalizando sete membros com direito a voz e voto.

De acordo com os depoimentos, para dois conselheiros usuários as comissões são práticas de participação importantes no exercício do controle social, criando oportunidades de discutir os problemas de saúde da população, oportunizando instrumentalizar com estudos e pareceres nas decisões das plenárias.

No conselho regional e municipal a gente participa da comissão de acompanhamento e gestão e a gente faz um relatório e faz o encaminhamento (Usu7).

Bom, eu acho que a participação tem diversos estágios né... um é quando você faz parte das comissões dos conselhos, [...] quando você não está nas comissões dos conselhos, você tem uma visão única e exclusivamente de categoria, de fase, de representação (Usu1).

Em outro depoimento, o usuário idealiza o papel do CS, no entanto, no período de observação do estudo não evidenciamos a integração entre o discurso e a prática exercida pelos conselheiros nas plenárias:

[...] não entendo nada diretamente nada de saúde né, então eu não tenho um instrumento direto pra discutir saúde com nenhum profissional de saúde, mais eu

entendo muito da questão da fragilidade do atendimento, entendo da necessidade da população né, entendo dos problemas de saúde da população e isso faz com que a gente na comissão, nesse grau de participação a gente possa cobrar dos gestores resposta para as perguntas da sociedade, basicamente na atenção primária por exemplo como é que funciona essa atenção primária, como é que... se a gestão da atenção primária tem dado é... digamos apoio a construção das políticas, se está sendo empregado as políticas corretamente (Usu1).

A eleição dos conselheiros municipais de saúde ocorrida em abril de 2012, e a renovação dos conselheiros no processo democrático, contribuiu para o esvaziamento de membros das comissões.

As comissões anteriores foram desfeitas, sendo necessária uma nova escolha de conselheiros para formar essas comissões. Esse fato, na nossa percepção, atrapalhou o andamento dos pareceres, pois, mais uma vez, no processo de observação, ficou evidente a dificuldade de formar essas comissões, foram realizadas quatro reuniões com essa temática. A comissão de Planos, Programas e Projetos foi a menos procurada pelos conselheiros, fragilizando assim esse espaço de participação. Outra dificuldade evidenciada foi a incompatibilidade de horário dos conselheiros para participar das reuniões das comissões em dias pré-estabelecidos. Geralmente essas comissões se reúnem uma vez por mês, é emitido um parecer e levado ao pleno do CMS para ser aprovado ou não pelos conselheiros.

No período do estudo apenas em duas reuniões foram apresentados os pareceres aos conselheiros. Na plenária de março de 2012, ainda com a gestão da mesa diretora anterior, as comissões apresentaram pareceres desfavoráveis que tratavam sobre o Relatório de Gestão de 2009, contratualização do IDGS e Prestação de Contas da Saúde referente ao ano de dois mil e nove.

Essa reunião se caracterizou muito tensa, de um lado a classe dominante tentando convencer os conselheiros em aprovar as contas, enquanto que as comissões defendiam a reprovação das contas com seus pareceres desfavoráveis. Por fim, as contas foram desaprovadas e no final da reunião houve troca de insultos entre representantes da gestão e demais conselheiros de saúde.

Um informante revelou que a gestão tentou negociar com a mesa diretora o apoio de uma chapa única para a eleição que ocorreria no mês seguinte. Em troca, teriam que votar a favor da aprovação das contas. Como não ocorreu negociação, a reunião terminou em discussões, trocas de acusação e ameaças a alguns conselheiros.

Em abril ocorreu a eleição da nova mesa diretora do CMS, foram inscritas duas chapas, a chapa 1 era denominada pelos conselheiros de chapa do “controle

social”, e a chapa 2 que os conselheiros nomearam de “chapa da gestão”. Com diferença de um voto a chapa 2 assumiu a mesa diretora do conselho.

Na plenária de julho de 2012, com a renovação do CMS, o relatório de gestão de 2009 foi aprovado sem nenhuma ressalva pelo pleno atual.

Ainda discutindo sobre a importância das comissões no fortalecimento do controle social, a 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2008, recomenda criar comissões temáticas intersetoriais para aprofundar discussões sobre assuntos específicos de acordo com as necessidades locais e regionais, no sentido de garantir a qualidade de atenção aos usuários.

Apesar de se fazer presente a criação das Comissões Intersetoriais na Resolução nº 02/2011 do CMS, no período observado não foi colocado em pauta a formação dessas comissões.

Se por um lado as comissões fortalecem o controle social, também revelam a fragilidade da participação dos conselheiros, na medida em que não conseguem caminhar na sua organização, implementação e atuação.

Quadro 4 – Síntese das pautas das plenárias realizadas no CMS de Fortaleza no período de março a outubro de 2012

<b>Data</b>	<b>Síntese</b>
Março/2012	Apresentação do Programa PET Saúde; Apresentação da Comissão de Orçamento e Finanças sobre o IDGS; Discussão do Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão; Criação da Comissão Eleitoral da Mesa Diretora do CMS; Informes.
Abril/2012	Eleição da Mesa Diretora do CMS.
Maió/2012	Aprovação da Ata 70ª Reunião Extraordinária; Posse dos Conselheiros Municipais de Saúde de Fortaleza; Informes.
Junho/2012	Proposta de Capacitação para Formação de Conselheiros; Formação das comissões; Informe.
Julho/2012	Aprovação da Ata da 148ª Reunião Ordinária; Parecer da Comissão de Acompanhamento da Gestão do Sistema; Capacitação de Conselheiros; Discussão Sobre o Processo de Eleição do CRS da SER I; Encaminhamentos e Informes.
Agosto/2012	Aprovação da Ata 72ª (Septuagésima Segunda); Formação da Comissão Permanente de Planos, Projetos e Programa; Justificativas e Faltas; Coordenação das Comissões; Escolha de representantes para participar do Dialogo Online sobre participação e Controle Social (Titular e Suplente); Informes.
Setembro/2012	Aprovação da ATA 149ª; Formação da Comissão de Planos, Projetos e Programas; Discussão da Portaria 145/2012 que trata da regularização do exercício da Enfermagem; Informes.
Outubro/2012	Aprovação das ATAS 150ª e 151ª Reunião Ordinária; Escolha do representante municipal para Comissão Planos Projetos e Programas; Informes.

Fonte: Atas das Reuniões Ordinárias do CMS Fortaleza

Também não foi observada nas reuniões a formulação e/ou discussão de políticas públicas e muito menos o controle da execução das políticas de saúde.



Os Conselhos de Saúde são espaços do exercício da democracia participativa, tendo função ampla, com caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de políticas de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde da instância federativa correspondente (MORITA; GUIMARÃES; MUZIO, 2006), mas ainda existe um distanciamento entre o discurso legal e a realidade vivenciada.

A participação da sociedade deve transcender a extensão executiva e burocrática sendo repensada a partir de um processo contínuo de democratização (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2010). Participar, nesse sentido, é muito mais do que “estar presente”, participar é democratizar, criando um novo espaço de cidadania.

Os conselheiros também colocam em seu depoimento, a sua participação no conselho como um processo de aprendizagem, e incluem a necessidade de capacitação como pré-requisito para melhorar a sua participação e autonomia nessa instância.

Eu participo de todas as reuniões, dando o melhor de mim, o que eu poder fazer eu estou fazendo, então assim, eu estou engatinhando no regional e municipal, tô aprendendo [...] também tô fazendo a minha parte de conselho local. Eu estou pegando o máximo para trazer de benefício pra minha comunidade (Usu7).

A compreensão da participação como processo de aprendizagem pode contribuir para uma conquista social mais ampla. Essa função pedagógica pode emergir a capacidade social e política do conselheiro, sobretudo quando ela ocorre de forma coletiva. Um estudo que avaliava o impacto da capacitação na atuação do conselheiro de saúde observou que, o conselheiro capacitado atuava mais nas decisões, que os conselheiros não capacitados (CORREIA, 2005).

Em contrapartida, a falta de conhecimento dificulta a participação plena. Sem participação efetiva dos conselheiros, o conselho de saúde é visto como uma forma burocrática que dificulta o exercício da democracia e os conselheiros são meros expectadores que não efetivam seus direitos.

De acordo com Oliveira e Pinheiro (2010), a norma jurídico-política e a prática vivenciada, revela as contradições de um sistema capitalista, existindo um distanciamento entre a garantia formal do direito à saúde e a sua efetividade para os usuários do SUS. Apesar dos avanços obtidos, a definição constitucional não garante a prática efetiva para todos os cidadãos.

Estudos realizados sobre os CS apontam como entraves na participação dos conselheiros, principalmente no segmento dos usuários: a falta de competência técnica e política dos conselheiros, a falta de transparência da gestão na apresentação dos relatórios, o uso de linguagem demasiadamente técnica e a falta de estrutura para o funcionamento dos conselhos (Van STRALEN et al., 2006).

Em busca do fortalecimento dos conselhos de saúde, é necessário que ocorra luta política para efetivação do direito já estabelecido, sendo um conselho de saúde atuante um dos espaços de enfrentamento dessa luta.

No tópico seguinte, discorreremos sobre os limites e dificuldades encontradas pelos conselheiros de saúde para o exercício do controle social.

#### 4.5 LIMITES E DIFICULDADES PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL

Iniciamos o debate, a partir do conceito de sociedade civil em Gramsci que segundo Correia (2008), desmistifica a sua aparente homogeneização como portadora de interesses universais, colocando como eixo de análise os antagonismos de classes que atravessam e que são próprios das relações sociais de produção capitalista.

É visível perceber a partir do processo de observação, os interesses divergentes entre os conselheiros de todos os segmentos. De acordo com a maioria dos depoimentos, a dificuldade de diálogo e o caráter dominante da gestão está presente em todos os níveis, a começar pela gestão da Unidade Básica de Saúde e de hospitais:

O problema maior do SUS hoje é gerencia de unidades de saúde e hospitais, que não gerenciam, não podem gerenciar, tá entendendo? Não sabem o que é a política de acolhimento com as pessoas, de atender bem as pessoas, é isso que falta na maioria das vezes, descentralizar os serviços. [...] falta dialogo com os profissionais de saúde, temos que encontrar o caminho para o SUS hoje. O pior caminho é a falta de diálogo, o pessoal bate,bate, bate e não aponta caminhos pra melhorar o SUS, tem que haver o momento de sentar todo mundo ou então o governo federal está investindo dinheiro a toa nos programas e a gente não se consegue implementar aqui, não consegue atingir a população (Usu3).

Corroborando com o que foi relatado, Crevelim e Peduzzi (2005) apontam que muitos programas de saúde são desenhados e executados para a população, mas sem a sua participação. O ideal seria que tivesse um processo de diálogo e

negociação entre trabalhadores, gestores e população. Nessa perspectiva as propostas dos programas deveriam ser desenhadas pela população e executadas pelo Estado.

Se por um lado o usuário pode ser leigo de conhecimentos técnicos, também não é tarefa fácil para gestor, potencial detentor do conhecimento técnico em saúde compreender que as prioridades devem ser elencadas conforme a necessidade da população local, considerando as necessidades por ela apresentadas (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

Outra dificuldade relatada, foi a influencia política na contratação das coordenações das Unidades Básicas de Saúde, interferindo negativamente para o processo de co-gestão.

A gente tem uma dificuldade muito grande da gestora da unidade de saúde, elas não compreendem o processo de controle social na saúde. Na ponta é muito maior, acham que o conselho está lá pra perseguir, pra fiscalizar né, não têm essa compreensão. [...] maioria delas é de indicação política e a maioria delas não tem compromisso, elas dificultam o dia da reunião, elas no dia na reunião do conselho, elas faltam e acham que por isso a reunião do conselho não pode acontecer porque elas não estão lá. Ela não sabe que ela é apenas uma conselheira a mais, ela não é a gestora na reunião do conselho. Ela é uma pessoa como qualquer outra, então elas não perceberam ainda que o diálogo entre o conselho local e a gestão deve acontecer para fortalecer o trabalho, pra encontrar caminhos pra melhorar algumas coisas. A maior dificuldade que se encontra hoje é a gerencia das unidades de saúde de perceber a importância dos conselhos locais, elas não fortalecem os conselhos (Usu3).

A dificuldade de diálogo entre conselheiros usuários e gestão não é exclusividade do CLS. O depoimento de um conselheiro remete a falta de sintonia entre o CRS e a gestora de um Distrito de Saúde:

A Regional com relação ao Distrito de Saúde, ela é completamente assim, ainda não estamos bem sintonizados não, ainda não estamos falando a mesma língua, por quê? Por que ela ainda se mostra muito assim... faz de conta que não é com ela (Usu7).

Ao reportarmos a afirmativa de Foucault, que define o poder como uma relação de forças entre todos os indivíduos, é possível que os usuários possam influenciar de forma mais efetiva no processo decisório do controle social. Para um conselheiro essa relação se caracteriza em:

Uma luta incessante, porque a gestão... a gente não tem um apoio, assim, meio que restrito, a gestão dá como se fosse razão, e a gente tem que correr atrás, a

gente tem que lutar pra conseguir alguma coisa, então é muito complicado, é... pra vencer a luta, porque é uma luta de Goliás, de Davi contra Goliás, no caso Goliás é a gestão e o conselheiro é Davi, porque é pequenininho, mais é um pequenininho cheio de força, cheio de marra e parte pra luta mesmo sem medo. (Usu2).

A partir do tensionamento dos conselheiros, Wendhausen e Cardoso (2007, p. 583) referem que “o poder público não fica inerte a esta situação e trabalha no sentido de conter, atenuar, regulamentar e até mesmo proibir a pressão, integrando e institucionalizando as organizações”.

Um conselheiro de saúde em seu relato cita a gestão municipal de saúde com uma postura centralizadora e autoritária que dificulta a atuação do CMS:

Eu tive a infelicidade de encontrar uma gestão de saúde totalmente sem compromisso para o controle social, uma gestão de saúde que desobedece os instrumentos legais da Lei Orgânica de Saúde do Município de Fortaleza, que desobedece a Lei 8142, que desobedece o Decreto Municipal 12104, que desobedece a Lei 8066 que cria o instrumento de controle social na cidade. E uma gestão última, por exemplo, na gestão atual, nos dias de hoje sequer a secretária (de saúde) conselheira e sequer liga para os interesses da população em relação as demandas existentes, então as dificuldades que nós encontramos hoje no conselho é principalmente a gestão municipal de saúde (Usu1).

O controle social, nessa perspectiva das classes subalternas, tem limites no espaço dos conselhos. Não são espaços neutros nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas (BRAVO; CORREIA, 2012).

Como exemplo, presenciamos um debate iniciado por um convidado sobre a responsabilidade dos conselheiros atuais em aprovar o relatório de gestão de 2009, que anteriormente não foi aprovado pelos antigos conselheiros. Nesse momento alguns conselheiros solicitaram maiores esclarecimentos. Ao iniciar a descrição dos problemas detectados pelos conselheiros anteriores no relatório de gestão, imediatamente a fala desse convidado foi inibida por um conselheiro dizendo que, por ser convidado, não tinha direito a voto.

Apenas um depoimento se diferenciou dos depoimentos apresentados, apontando a gestão como parceira. Provavelmente pelo fato desse conselheiro atualmente se encontrar na Presidência do Conselho Municipal, o acesso a gestão se faça de forma diferenciada. Pelas observações realizadas, não percebemos no estudo, o acesso igualitário com os demais conselheiros.

Não tenho dificuldade de gestão, tem muito carinho, respeito, tenho acesso (Usu6).

O excesso de termos técnicos utilizados pelos gestores e profissionais, a falta de transparência das informações, a fragilidade política dos conselheiros e o desconhecimento da legislação vigente foram evidenciados nas observações realizadas durante todas as reuniões do conselho.

Ainda sobre os limites e dificuldades do controle social, Bravo (2006) analisa o fato das classes subalternas não terem acesso equânime à riqueza socialmente produzida no país, não sendo reconhecidos como cidadãos de direitos sociais, econômicos e políticos. Por outro lado, essas dificuldades estão ligadas a cultura política local e relações de poder exercidas nos espaços dos conselhos, não sendo exclusividade das classes dominantes, os depoimentos denunciam a sociedade como antagonistas do controle social, dificultando a sua prática:

Nesse processo a gente sabe que existe muita disputa de poder, apesar de ser um processo voluntário existe disputa, existem pessoas políticas envolvidas no meio, “N” interesses pessoais, de burocracia, de mandato, de poder que tem, pra angariar as coisas, pra trocar as coisas, por isso a gente tem que ter cuidado com isso (Usu3).

Nessa perspectiva, os conselhos podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, que em vez de controlar passam a ser controlados (BRAVO; CORREIA, 2012).

Segundo David (2008), a maioria dos conselhos foram criados sem a participação e envolvimento da comunidade, grande parte deles nasceram na câmara dos vereadores e seus integrantes, indicados por secretários de saúde ou por elites locais, tornando-os como órgãos burocráticos de legitimação das políticas de governo.

Para Tatagiba (2002), quando não são utilizados os critérios de conhecimento, compromisso e poder efetivo da decisão na escolha dos representantes dos CS, ocorre uma fragilidade da participação e democratização desses mecanismos.

[...] a segunda etapa são os aproveitadores, são pessoas ligadas a políticos que envolvem-se ganhando barganha para não trabalhar, né, e findam ...é construindo espaço duvidoso no controle social. O Controle social não é pra beneficiar político, controle social é pra construir política de saúde de qualidade para sociedade e nem todos os conselheiros estão nessa condição né (Usu1).

De acordo com o que foi relatado, esses os espaços democráticos, não estão livres de tentativas de cooptação e de interesses hegemônicos em manter o *status quo*. Esses perigos podem se apresentar pela burocratização da participação, reintrodução do clientelismo, por meios partidários, pelo silenciamento e pela manipulação de instituições participativas (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Nos bastidores do CMS, foi frequente observar as preferências políticas dos conselheiros usuários a partir de seus discursos partidários. Talvez por ter desenvolvido o estudo no momento de campanha eleitoral municipal, esses assuntos se tornavam frequentes.

Outro limite que merece destaque, é que a sociedade, por muitas vezes não é capacitada política e tecnicamente para elaboração, implementação e fiscalização as políticas públicas como relatam os conselheiros:

[...] ainda sinto muita... é... eu não tô ainda como eu queria tá, eu tenho aquela necessidade ainda de aprender mais, pra melhor me expressar mais, melhor ir buscar, ter conhecimento de como a coisa funciona mesmo, pra poder cobrar, então isso é uma dificuldade que ainda encontro, ainda é uma das minhas dificuldades ainda (Usu2).

A grande dificuldade dele é entender o que é o conselho, o que que você vai pra reunião, saber o processo ali, o que você vai fazer, o que você deve questionar, o que você tem que entender daquela plenária, os assuntos que serão discutidos (Usu5).

A gente é muito despreparado, por mim, eu não tenho nenhuma experiência, eu era suplente agora sou titular. Se eu fosse mais preparado seria melhor, mais eu tô fazendo por onde, tô dando o melhor de mim (Usu8).

Apesar dos conselheiros entrevistados destacarem como dificuldade o processo de capacitação, vivenciamos nas reuniões do conselho a construção dos módulos de um Curso de Capacitação para todos os conselheiros de saúde locais, regionais e municipais de saúde idealizado há mais de cinco anos. No entanto o primeiro módulo foi suspenso pela pouca participação dos conselheiros nessa capacitação.

É importante acrescentar que no período do curso, ocorria também a eleição municipal, sendo esse o motivo alegado pelos conselheiros para ausência na capacitação por está participando ativamente da política partidária. Esse fato levou a Mesa Diretora do Conselho Municipal colocar em votação na plenária a suspensão temporária da capacitação. No processo de votação, nenhum conselheiro votou contra a suspensão da capacitação.

A dificuldade financeira dos conselheiros também foi destaque nas entrevistas, essa limitação fragiliza a atuação dos conselheiros não somente a nível municipal, mas principalmente a nível regional e local. De acordo com os depoimentos, conselheiro de saúde deve atuar voluntariamente, mas também precisa de apoio institucional/financeiro para efetivar sua atuação, seja com ajuda de custo, ou com garantia de repasses de recursos ou com a aquisição de recursos materiais.

O conselheiro não pode pagar pra ele está nos eventos, tem que ser arcado pela gestão ou transportando ou dando direito a condução conselheiro não pode chegar numa reunião e sair meio dia, Se chegar de manhã tem que ter um lanche, se sair depois do meio dia tem que ter almoço. Você não precisa pagar pra fazer controle social, você não precisa receber, mas também não precisa pagar pra tá fazendo controle social (Usu4).

Apesar da Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 aprovar em sua quarta diretriz, que as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico ao conselho, os conselheiros encontram dificuldades na aquisição de recursos materiais:

É falta hoje tudo, desde o financeiro a recursos de equipamentos. Você vai fazer uma reunião em uma Unidade de Saúde, você não pode... é... porque não tem um datashow, não tem um notebook, esse tipo de recurso a gente acha importante nas reuniões do conselhos locais, você quer levar um vídeo, uma discussão pra debater com os conselheiros. Então a gente está muito atrasado nesse processo, que é o de reunir e só falar. Se a gente quer que esse controle social se expande, que as pessoas cada vez mais participe, a gente tem que ter condições que essas pessoas saiam dali com um aprendizado melhor, pra isso é preciso que os Conselhos Regionais eles se apropriem de equipamento que possam facilitar o trabalho das pessoas nos Conselhos Locais (Usu3).

Diante de todos os entraves encontrados, o imediatismo da comunidade foi citado como um fator de dificuldade, segundo um conselheiro:

O que atrapalha hoje mais dentro da comunidade é o imediatismo, porque a comunidade quer que aconteça imediatamente, a gente luta, mais a gente sabe que não acontece assim, vai acontecendo, mas vai acontecendo aos poucos, e a comunidade quer que aconteça imediatamente, então essa questão de imediatismo tem atrapalhado um pouco, mais a gente tem lutado pra que isso, é... a gente resolva isso e traga a comunidade pra dentro do conselho (Usu2).

A diversidade de sujeitos na construção do controle social envolve desde questões ideológicas, socioeconômicas e políticas até questões como consciência

sanitária, exercício de cidadania, participação social, reconhecimento sobre direitos e deveres, podem interferir na concretização das mudanças sociais (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

O termo “trazer a comunidade para o conselho”, remete a necessidade de credibilidade, divulgação e a participação da comunidade no exercício pleno de cidadania. É importante acrescentar que esse caminho percorrido seja feito de mão dupla. Os conselheiros devem sair dos espaços dos conselhos em busca de novos canais participativos e a comunidade deve reconhecer os espaços dos conselhos como oportunidade de efetivação do controle social.

#### 4.6 AVANÇOS E DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL

Mesmo com as fragilidades apontadas no exercício do controle social, os avanços e principalmente os desafios são destacados pelos conselheiros com entusiasmo e otimismo.

Outro avanço foi um maior compromisso dos conselheiros tá entendendo, em relação a tomada de decisão, o apoio na tomada de decisões, então isso foi um avanço muito forte, não foi um instrumento de troca de poder não foi um instrumento de troca de cargo né, que geralmente acontece no meio político, foi um instrumento de troca de conhecimento que deu certo e provocou correções absurdas dentro do sistema único de saúde e que a população pode dar a sua vez através da sua voz e seu voto pode corrigir isso, usar do instrumento legal para corrigir distorções (Usu1).

Para Correia (2008), um fator determinante para a execução do controle social pelos conselhos, a partir das classes subalternas é a articulação dos segmentos que compõe em torno de um projeto comum para a sociedade. Essa construção coletiva tenciona um posicionamento em bloco mais efetivo, ampliando seu poder de intervenção e seu grau de participação.

Outro conselheiro coloca como avanço o seu crescimento pessoal, esse crescimento ocorre no sentido de aprendizagem que pode a partir da luta cotidiana se reverter em bem coletivo:

Pessoal teve avanço, pois o que eu adquiri de conhecimento, coisas que eu estou abrindo o olho, que eu não tinha conhecimento, eu estou vendo que tá acontecendo, eu estou me construindo, após os dois anos que eu passar eu não vou ser a mesma pessoa que eu comecei né. Mais com relação ao conselho... eu sei que tem muito trabalho a fazer, muita coisa pra fazer acontecer ainda, até chegar a mudar a cara desse SUS (Usu7).



O depoimento sugere o crescimento e conhecimento pessoal como pré-requisitos para a construção do sujeito social. Ribeiro e Nascimento (2011) colocam que não é fácil ser sujeito social em uma sociedade complexa e diversificada, mas é imprescindível fazer parte da construção de uma sociedade menos desigual.

Como desafios do sistema, foram citados a humanização no atendimento e o acesso aos serviços de saúde, como destaque foi evidenciada a hegemonia médica como pré-requisito para o bom funcionamento dos serviços de saúde:

Os desafios são muitos... é... até chegar lá, nós temos grandes desafios, melhorias nos postos de saúde, mais médicos, tratamento mais humano, que a gente sabe que a humanização hoje na área da saúde é muito pequena com a comunidade. Então um dos meus desafios, meus sonhos é se eu ver as pessoas da comunidade, aquela comunidade mais pobre é ser tratada com dignidade dentro das unidades de saúde, isso é um dos meus sonhos, dos sonhos do conselho, como conselheiro, metas... o que eu defino, o que eu quero é isso aí, é ver a comunidade mais humilde ser tratada com mais humanização dentro das unidades de saúde (Usu3).

A luta pela defesa do SUS, superando os espaços institucionalizados dos conselhos, as Leis de Iniciativa Popular, os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional contra a privatização da saúde são formas democráticas de participação e são consideradas por alguns conselheiros como desafios do controle social:

Desafios é que cada vez mais conseguirmos que sempre tenhamos pessoas que estejam entrando nos conselhos para fazer a defesa correta, não pra tá fazendo a defesa de política partidária, mas pra tá fazendo a política de políticas públicas de saúde, não a bandeira partidária, mais sim a bandeira do SUS que é isso que queremos, vivenciamos e temos que viver (Usu4).

Um dos desafios fortes que estamos assumindo agora é a questão da lei de iniciativa popular né, que vai começar rolar um abaixo assinado, vai começar pela regional, já tá guardado o material que vai rolar a que nos vamos defender uma lei de iniciativa popular para garantir 10% do produto bruto da união para o Sistema Nacional de Saúde. Também tem uma grande discussão sobre a Frente Nacional contra a privatização do SUS com a realização de reuniões e fóruns estaduais e os conselheiros precisam se apropriar disso (Usu1).

Bravo e Correia (2012) defendem as estratégias dos fóruns e da frente na construção de uma nova hegemonia na saúde retomando o alicerce da Reforma Sanitária proposta nos anos de 1980. Para isso, a defesa da estatização da saúde têm se dado de forma articulada no campo jurídico, parlamentar, na sociedade civil, no controle social, no âmbito da formação, nos meios de comunicação/opinião pública e nas ruas. O depoimento a seguir relata sobre essa prática:

Nessa mesma perspectiva, um conselheiro destaca o processo de formação não só para conselheiros, mas para toda população como um grande desafio:

O desafio... o desafio hoje é fazer formação, esse é o grande desafio, enquanto a população não saber ou não souber o que realmente é esse controle social nós não podemos fazer grande transformação no País. E como é que vai ser isso? vai ter que sair dos meios tradicionais entendeu, de educação... certo, para garantir que os conselheiros possam receber conhecimento cada qual no seu grau de entendimento, digamos de alfabetização, de conhecimento, de formação, de classe, tá entendendo...que todo mundo possa ter conhecimento independentemente das qualidades acadêmicas e fazer isso não é fácil num País em que tudo é regado, tudo passa por regras, mais a questão da formação vai ser o “bicho”, quando essa sociedade entender o poder que a lei orgânica do município oferece, quando ela entender que as leis dá condição de transformar o País, aí elas vão se engajar e nós vamos ter um sistema de saúde muito mais digno, mais garantido e aí com certeza as pessoas vão chegar num hospital público ou na atenção básica e vão ser mais bem atendidas (Usu1).

Pelo depoimento do conselheiro, compreendemos que o processo de formação é importante, desde que ultrapasse o método tradicional. Essa formação deve ser baseada na conscientização da sociedade em poder transformar uma realidade específica

#### 4.7 FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL: desatando nós, criando laços

Na compreensão dos conselheiros entrevistados, o fortalecimento do controle social deve iniciar a partir dos conselhos locais, com a presença permanente do diálogo com a gestão, entre conselhos e conselheiros, num só movimento.

Presença permanente do dialogo. Fortalecimento da comunicação entre os conselhos e conselheiros. Tem que existir um elo de comunicação entre o conselho local, o conselho regional e o conselho municipal (Usu6).

Fortalecendo mais o controle social através do povo, o povo indo mais pras reuniões, o povo se interessar que isso aqui é um direito dele, qualquer cidadão pode vir participar e ele tem todo direito porque o dinheiro é seu, é nosso, você não pode chegar e pegar isso pra você... como eles fazem, os políticos (Usu5).

Ah... isso é com o apoio da população, com muita...como é que se diz... assim, é união entre os conselheiros, entre os conselhos, o apoio da população, fazer esse movimento, pra trazer mais a população, trazer mais a comunidade pra dentro dos conselhos, das reuniões, isso é a maneira de fortalecer no meu entendimento a prioridade é trazer a comunidade pra dentro dos conselhos (Usu2).

A descentralização das reuniões a partir dos conselhos locais e a troca de experiências também foram citadas como estratégias de fortalecimento do controle

social para o rompimento da cultura de não participação da sociedade nos espaços públicos, porém ainda não fazem parte da práxis dos conselheiros:

[...] a importância das reuniões dos conselhos locais serem descentralizadas, fora das unidades de saúde porque se num mês, a reunião acontece na igreja por exemplo, as pessoas ao redor daquela igreja vão conhecer a gestora, os médicos estão inseridos no conselho, os conselheiros, e o conselho vai poder ouvir aquelas pessoas, as próprias pessoas tem o conhecimento das reuniões do conselho vão ter o conhecimento que existe um conselho local (Usu4).

Olha o fortalecimento não existe uma forma mais forte no momento de conhecimento, primeiro, do que a troca de experiência, eu acho que, você trocar o seu conhecimento com alguém que não tem o seu e você não tem o dele é uma grande oportunidade para fazer a unificação, de união. Você consegue unificar, a gente pode dar uma garantia de transformação nessa construção, eu não sei bem como é que a gente vai poder batizar isso né, mais é uma necessidade de uma construção coletiva que só através dessa troca de experiência, não vai ser livro, não vai ser ator ou autor, tá entendendo, que vai qualificar, não vai ser uma acadêmico em si que vai qualificar, mais a troca, um dando pro outro né, eu acho que vai ter efeito assim super especial (Usu1).

Pelo depoimento do conselheiro, compreendemos que a formação deve ser baseado em experiências e trocas de saberes. A apropriação do conhecimento baseia-se no poder de transformar. Estimular a participação da comunidade nos espaços públicos na perspectiva de promover a autonomia e emancipação da cidadania é sem dúvida um desafio para a atualidade do controle social.

Esses elementos tornam-se essenciais para o fortalecimento do controle social na medida em que se constrói uma consciência democrática de participação a partir de um processo de formação baseado nas experiências cotidianas dos conselheiros.

Outro ponto que merece destaque é a divulgação das informações no que se refere ao exercício do controle social, suas dificuldades, limitações, conquistas e desafios devem ser transmitidas para a população. Podemos citar algumas estratégias de divulgação disponíveis na atualidade: as redes sociais, *blogs*, *sites*, rádios comunitárias, rodas com a comunidade possibilitam uma abertura nos canais participatórios em busca de uma consciência sanitária.

Algumas iniciativas estão sendo realizadas, por exemplo, em um CRS foi criado um *site* com as informações do conselho. Existe uma linha direta para denúncias, reclamações e sugestões com ligação gratuita. Na rede social facebook existe uma página do CMS, no entanto, não está sendo atualizada, da mesma forma o *site* do CMS está desatualizado há mais de um ano.

O depoimento a seguir sugere um maior investimento na divulgação das ações do conselho:

Eu acho que para fortalecimento do controle social deve ter ainda uma melhor divulgação no meio da comunidade. Eu acho a comunidade ainda está ausente de tudo, o que é um conselho e de que a participação deles mesmo como não conselheiros, só em opinar e só de falar só de ouvir, só de discutir mesmo que não tenha direito ao voto mais a gente tem que incentivar a participação da comunidade dentro dos conselhos desde o local até o estadual. Todos são importantes a começar pelo local, porque toda a reunião de conselho é aberta, não há distinção, eu acho que tem que começar essa consciência de começar a participar no local, se tiver vontade vamos participar do regional ou mesmo municipal, se tiver mais vontade, mesmo como ouvinte, participar do estadual, eu acho que as atas estão aí a ser divulgadas (Usu4).

Oliveira e Almeida (2009) defendem que a cultura participativa deve ser estimulada pela mídia alternativa na divulgação das informações de interesses coletivos. Os espaços das instituições de ensino, os programas populares, as redes sociais, os *blogs*, detém grande poder de informação, devendo ser exploradas pelos conselheiros, promovendo a mobilização social e preparando a sociedade para a gestão participativa.

Nesse sentido a informação é um elemento básico para a participação da população, sendo um instrumento fundamental para a democratização. Sem isso, a participação recua e o direito a saúde pode retroceder. A construção é lenta, porém democrática, mas é necessário construí-la (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

De acordo com o que foi apresentado, o fortalecimento do controle social deve ser construído a partir dos conselhos locais de saúde, mantendo um diálogo aberto com a gestão, informando, divulgando e motivando a população para se tornarem sujeitos sociais na luta pelo direito a saúde, surgindo a partir de então, uma participação pró-ativa sendo capaz de transformar as relações entre o Estado e Sociedade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade (PAULO FREIRE).

O estudo foi realizado na intenção de desvendar o exercício do controle social exercido por conselheiros de saúde que tinham como ponto de partida o conselho local de saúde, caminhavam até o conselho regional e se firmavam no conselho municipal de saúde como representantes dos usuários de sua comunidade.

Não pretendemos com o estudo propor um modelo de controle social ideal, pois temos compreensão que a participação é uma conquista permanente e inacabada. A sua construção aponta como alicerce as particularidades de cada realidade vivenciada, devendo levar em consideração os aspectos históricos, culturais, políticos e sociais nas lutas cotidianas pelo exercício da cidadania oportunizado pelo controle social.

A partir dos resultados apresentados, percebemos também que o controle do Estado pela sociedade civil é um processo de construção que envolve situações complexas. Para tanto, exige dos pesquisadores um aprofundamento das teorias sociais e uma aproximação do campo do estudo para o desvelamento das múltiplas dimensões e inter-relações que se formam no interior desses organismos participativos.

Apesar das fragilidades encontradas na atuação dos conselheiros usuários, consideramos um avanço dentro do Município de Fortaleza a possibilidade de ascensão da comunidade, a partir do CLS, ser representada no CMS. Desta forma, os usuários do SUS “tomam parte” da discussão das políticas de saúde, desde o nível local até alcançar as configurações desta no nível municipal, com as possibilidades de melhoria das ações de saúde.

Ao descrevermos a trajetória desses conselheiros, foi evidenciado pelos relatos que a sua participação inicia-se no conselho local de saúde pelos seguintes motivos: a não participação de outros usuários dos serviços de saúde; por curiosidade; necessidade ou falta de acesso aos serviços de saúde. Embora todos tivessem envolvidos com movimentos sociais, não conheciam os conselhos de saúde como espaços de participação popular.

A ascensão dos conselheiros locais para o CMS é quase que instantânea, exigindo a compreensão da complexidade de sistema de saúde, seu funcionamento e suas políticas. Esse fenômeno pode ser compreendido como dificultador da participação dos conselheiros, pois segundo as entrevistas e observação, o cenário do CMS torna-se nos dois primeiros anos de atuação palco de processo prático formativo. Nesse sentido, o desejo de “tomar parte” do CMS passa a ser substituído por apenas “fazer parte” do processo, fragilizando sua atuação.

O entendimento do controle social a partir das entrevistas, se aproxima com o referencial teórico, o controle social para os conselheiros é um exercício de cidadania, associado a um bem coletivo, a sua atuação depende do seu conhecimento sobre a legislação que rege os conselhos. É o direito da sociedade em participar das políticas públicas, exercendo um controle sobre o Estado.

Contrapondo as entrevistas, evidenciamos pelo processo de observação que na práxis, os conselheiros na maioria eram pouco participativos, sendo dominados pelos interesses das classes dominantes.

O panorama encontrado aponta algumas dificuldades para o exercício do controle social. O primeiro ponto a ser destacado é a falta de conhecimento dos conselheiros sobre o próprio papel do CMS na esfera política, social e sanitária limitando a eficiência de sua atuação. A cultura política local, a disputa do poder, o imediatismo da comunidade, a dificuldade financeira e a falta de apoio da gestão dificultam o exercício do controle social na opinião dos conselheiros.

As práticas de participação são entendidas pelos conselheiros como um processo de aprendizagem, e incluem a necessidade de capacitação como pré-requisito para melhorar a sua participação e autonomia nessa instância.

Os avanços foram percebidos pelos participantes da pesquisa como crescimento pessoal e compromisso maior dos conselheiros em defesa do SUS. Como desafios destacam-se o permanente diálogo do CS com a gestão, o processo de formação dos conselheiros, a defesa pelo SUS em outras instâncias participativas.

As reflexões geradas para o fortalecimento do CMS trazem as seguintes sugestões: a necessidade de fortalecer o controle social a partir dos conselhos locais de saúde criando espaços democráticos de participação; a criação de uma comissão de educação permanente que discuta o processo de formação dos conselheiros baseado na troca de experiências exitosas e na educação popular; a

inserção dos conselheiros em seminários e fóruns locais e regionais, com estratégia de mobilização da comunidade para ampliar os atores implicados com a defesa do SUS; o fortalecimento das comissões permanentes e intersetoriais de saúde em parceria com uma assessoria técnica da Secretaria Municipal de Saúde para uma melhor agilidade e transparência na emissão dos pareceres; a garantia de auxílio transporte/ alimentação fornecida pela gestão para uma melhor participação dos conselheiros usuários que integram as três instancias dos conselhos; formação de uma comissão que promova a informação, comunicação e divulgação das ações dos conselhos; ocupação da sociedade civil em outros espaços de participação e uma melhor compreensão do exercício do controle social por parte da gestão municipal, regional e local de saúde.

O período eleitoral municipal e a participação dos conselheiros em atividades políticas partidárias dificultaram a realização do estudo.

Uma lacuna encontrada no estudo foi a impossibilidade de acompanhamento das plenárias locais e regionais dos conselheiros entrevistados. Os sentidos, significados e a subjetividade do objeto do estudo ampliam a necessidade da realização de novas pesquisas, para o preenchimento das inquietações encontradas.

Por fim, desejamos que o sentimento de transformação possa apontar novos caminhos e principalmente o surgimento de novos atores sociais inseridos no controle social capazes de promover o reconhecimento do conselho como espaço de interesses coletivos e de aprofundamento de uma consciência sanitária.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UFRJ: ABRASCO, 2010.
- AMMANN, S. B. **Participação social**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.
- ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007.
- ARNSTEIN, S. R. Uma escala da participação cidadã. **Participe** – Revista da Associação Brasileira para Promoção da Participação, p. 4-13, 2001.
- AROUCA, A. S. S. O planejamento de saúde em uma sociedade em transição. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 11, 1987.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.
- BASTOS, F. A.; SANTOS, E.; TOVO, M. F. Capital social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Revista Saúde Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 177-188, 2009.
- BENEVIDES, M. V. M. **A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular**. 3. ed. São Paulo: Ática, 2002.
- BEZERRA, C. K. F.; ARAUJO, M. A. D. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo - PB: um estudo sobre participação. **RAS**, v. 11, n. 42, jan./mar. 2009.
- BOSHI, R. R. **A arte da associação: política de base e democracia no Brasil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1987.
- BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 10(4): 446-456. 1994.
- BOTTOMORE, T.B. A Força na vida social. In: INTRODUÇÃO a sociologia. Rio de Janeiro: [s.n.], 1987.
- BOURDIEU, P. Reprodução cultural e reprodução social. In: BROWN, R. (Ed.). **Mudança conhecimento, educação e social: artigos em sociologia da educação**. Londres: [s.n.], 1973. p. 71-112.



BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no sistema único de saúde.** Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde.** Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social:** guia de referencia para conselheiros municipais. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto 993.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde.** 1992. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em 22 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil.** Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292 p.

BRAVO, M. I. **Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase: Ibam, 1995.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil.** O longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CHAUÍ, M. S. **Cultura e democracia:** o discurso competente e outras falas. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

COHN, A. **Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde.** [S.l.: s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/SubteCNSCidadan.html>>. Acesso em: 24 set. 2011.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e saúde, formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Desafios para o controle social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

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

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferencias do sistema único de saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, jun. 2002.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

COTTA, R. M. M.; SUÁREZ-VARELA, M. M.; CLAVER, S. F.; COTTA-FILHO, J. S.; LLOPIS-GONZÁLEZ, A. Participacion social y sistemas sanitários em Brasil Vs España. **Centro de Salud.**, v. 8, p. 450-455, 2006.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CUNHA, S. S. O controle social e seus instrumentos. 2003. Disponível em: <<http://socialiris.org/imagem/boletim/arq493428c8bc3db.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

DALLARI, D. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Moderna, 2004.

DAVID, C. T. N. Representantes e representados: natureza da relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços descentralizados do conselho municipal de saúde de Porto Alegre. **Boletim da Saúde**, v. 22, n. 1, jan./jun. 2008.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: [s.n.], 1988.

DIAS, R. D. B. “Eu? eu estou aqui compondo o mundo”. Uma experiência de controle de epidemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 149-157, 1998. Suplemento 2.

DOMBROWSKI, O. Poder local, hegemonia e disputa: os conselhos municipais em pequenos municípios do interior. **Revista Sociologia Política**, v. 16, ano 30, p. 269-281, 2008.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da Gestão de Saúde 2007**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2009.

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

FUKS, M. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, v. 25, p. 47-61, nov. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo. Cortez, 2003.

GOHN, M. G. **Historia dos movimentos e lutas sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2001.

GRAMSCI, A. M. Notas sobre o Estado e política. In: COUTINHO, C. N.; HENRIQUES, L. S.; NOGUEIRA, M. A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.

GUARINELLO, N. L. Cidades-Estado na antiguidade clássica. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos de participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; SANTANA, A. D.; MATTA, G.; GOMES, M. C. P. A. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **PHISIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **O cidadão e o Estado**: a construção da cidadania brasileira, 1940-1992. Fortaleza: Edições UFC, 1994.

HOORNAERT, E. As comunidades cristãs dos primeiros séculos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E Estatística. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

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

LABRA M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia. História e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.

LUCA, T. R. Direitos Sociais no Brasil. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

MARTINS, P. C. COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; FRANCHESCHINNI, S. do C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, p. 396-405, out./dez. 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 9-30.

MONDAINI, M. Revolução Inglesa: o respeito aos direitos dos indivíduos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; MOZIO, B. P. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 49-57, jan./abr. 2006.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; NUNES, M. G. et al. Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL (ENAPEGS), 3., maio 2009, Juazeiro, BA. **Anais...** Juazeiro, BA, maio 2009.

OLIVEIRA, F. M. **Cidadania e cultura política no poder local**. Fundação Konrad Adenauer. Fortaleza: [s.n.], 2003.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. a participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro**. 2006. 258 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 141-153, 2009.

PATEMAN, C. **Participação e Teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEDROSA, J. I. S. Dilemas e perspectivas do SUS no Estado do Piauí: uma conversa com conselheiros. **Saúde em Debate**, n. 49-50, p. 28-32, 1996.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. A. Demanda em saúde e direito a saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UFRJ: ABRASCO, 2010.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde do Brasil: uma pequena revisão**. 2007. Disponível em: <<http://internatorural.medicina.ufmg.br/saudenobrasil.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2010.

PRESOTO, L. H.; WESTPHAL, M. F. A Participação social na atuação dos conselhos municipais de saúde de Bertoga-SP. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 68-77, 2005.

RIBEIRO, F. B.; NASCIMENTO, M. A. A. Exercício da cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re) significação do "ser sujeito". **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, p 151-166, jan./jun. 2011. Suplemento 1.

SANTOS, D. M. A cidadania moderna brasileira: uma reflexão dos desafios da emancipação dos direitos do homem como cidadão. **Revista Direito e Justiça: reflexões sócio jurídicas**, v. 10, n. 14, 2010. Disponível em: <<http://srvapp2s.urisan.tche.br/seer/index.php/direitojustica/article/view/666/327>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

SCOREL, S.; BLOCH, R. A. As origens da reforma sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia. História e Perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, L. E. **Uma breve historia da cidadania no Brasil**. Disponível em: <<http://psiquecienciaevida.uol.com.br/ESSO/Edicoes/22/artigo127811-1.asp>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

SOARES, N. R. F. A participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 53, 2000. Suplemento.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 15-103.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

VALLA, V. V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

Van STRALEN, C. J.; LIMA, A. M. D. de; FONSECA SOBRINHO, D. da; SARAIVA, L. do E. S.; Van STRALEN, T. B. de S.; BELISÁRIO, S. A. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, jul./set. 2006.

VAZQUEZ, M. L.; SILVA, M. R. F.; GONZALEZ, E. S. C.; DINIZ, A. S.; PEREIRA, A. P. C.; VERAS, I. C. L.; ARRUDA, I. K. G. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 141-155, 2005. Suplemento.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S.M. Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 579-584, set./out. 2007.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde**: Cotia e Vargem Grande Paulista. 1992. Tese (Livre Docência em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### 1. Dados Pessoais:

Nome:

Idade: \_\_\_\_\_

Anos de estudo: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Renda Pessoal: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Há quanto tempo participa de movimentos sociais: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo participa do Conselho de Saúde: \_\_\_\_\_

Já participou de alguma capacitação de conselheiros de saúde?em que ano?

Tem filiação partidária?

2. Comente sobre sua trajetória para chegar ao Conselho Local, Regional e Municipal de Saúde.
3. O que você entende por Controle social?
4. Como ocorre a prática de participação exercida por você no Conselho Municipal de Saúde?
5. Quais as dificuldades encontradas na atuação dos conselheiros de saúde.
6. Quais os avanços e desafios encontrados no processo de atuação dos conselheiros de saúde?
7. Como fortalecer o Controle Social no espaço dos conselhos de saúde?



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “**O exercício do controle social pelos conselheiros de saúde do segmento de usuários**”, o estudo tem como objetivo apreender o exercício do controle social realizado pelos conselheiros de saúde; conhecer as concepções e práticas de controle social exercidas pelos conselheiros de saúde; averiguar como ocorre o controle social desenvolvido pelos conselheiros de saúde; caracterizar as propostas defendidas pelos conselheiros para efetivação do controle social e identificar os avanços e desafios encontrados na consolidação do controle social. Salientamos que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Esclarecemos que todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo, que a sua identidade não será revelada e que sua participação não trará nenhum prejuízo na sua qualidade de vida. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sem tornar possível sua identificação. Os dados retornarão para o local da pesquisa e poderá contribuir para a efetivação do controle social e melhoria dos serviços prestados à população. Se necessário, o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Fabiana Sales Vitoriano Uchoa, pelo telefone (085) 99835704, e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará que está disponível para esclarecimento em relação a sua participação na pesquisa no endereço: Av. Paranjana, 1.700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, fone 31019890.

-----

Tendo sido informado sobre Pesquisa: “**O exercício do controle social pelos conselheiros de saúde do segmento de usuários**”, concordo em participar da mesma, de forma livre e esclarecida.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

## PROJETO DE PESQUISA

**Título:** O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO SEGMENTO DE USUÁRIOS

**Pesquisador:** FABIANA SALES VITORIANO UCHOA

**Versão:** 1

**Instituição:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE ))

**CAAE:** 00702512.4.0000.5534

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 15795

**Data da Relatoria:** 18/04/2012

**Apresentação do Projeto:**

O estudo será parte integrante de uma dissertação do Curso de Mestrado em Saúde pública da UECE. Visa investigar como se está efetivando a consolidação do controle social do conselho municipal de saúde, apreender e classificar o tipo de controle social exercido pelos conselheiros de saúde entrevistados, verificar as dificuldades encontradas na consolidação das atribuições dos conselheiros e sugerir coletivamente uma ação política de participação social que corrobore de forma legítima e efetiva para políticas públicas de saúde. Trata-se de estudo de natureza qualitativa. O tipo de estudo centra-se na pesquisa participante, sendo possível estabelecer uma relação de construção coletiva do processo de conhecimento entre pesquisadores e pesquisados. Nesta perspectiva, o projeto será apresentado e discutido com a comissão de controle social do CMS e com os conselheiros de saúde, com o objetivo de estabelecer a construção coletiva do processo de conhecimento entre pesquisadores e pesquisados. O estudo será realizado em Fortaleza, no Conselho Municipal de Saúde. O segmento de usuários é composto por doze conselheiros, assim distribuído: a) seis representantes - um de cada Conselho Regional de Saúde de Fortaleza; b) um representante de entidades de movimento de mulheres; c) um representante de entidades de portadores de patologia especiais e deficiências físicas; d) um representante de conselhos comunitários e associações de moradores ou entidades afins; e) um representante das Centrais Sindicais; f) um representante das entidades de idosos e aposentados; g) um representante de entidades empresariais. Os sujeitos do estudo serão conselheiros municipais de saúde que representam o segmento de usuários das SERs no CMS, em número de 12. Como critérios de inclusão serão utilizados os doze conselheiros municipais (titulares e suplentes) que representam os CRS do segmento de usuários e que tenham no mínimo 50% de presença nas reuniões do CMS no período do estudo. Para representar o CRS, os usuários devem ser representantes dos CLS e morar na área de abrangência da Unidade de Saúde. A coleta de dados será realizada nos meses de março a agosto de 2012, por meio da observação participante e entrevista semi-estruturada. As observações serão registradas em um diário de campo, durante seis meses, nas reuniões ordinárias do conselho municipal de saúde, que sempre acontecem uma vez por mês no auditório do CMS. Utilizaremos a abordagem teórico-metodológica da análise de conteúdo crítica-reflexiva de Minayo, como técnica de análise categorial. O método da categorização é proposto por Minayo (2006) que define a palavra categoria, em geral, se refere elementos ou aspectos com característica comuns ou que se relacionam entre si. As Categorias são empregadas para estabelecer classificações, nesse sentido, trabalhar com essa técnica permite agrupar elementos, idéias e expressões em torno de um conceito.

**Objetivo da Pesquisa:**

O estudo tem como objetivos específicos:

1. conhecer as concepções e práticas de controle social exercidas pelos conselheiros de saúde;
2. Averiguar como ocorre o controle social desenvolvido pelos conselheiros de saúde no conselho local, regional e municipal;
3. Caracterizar as propostas defendidas pelos conselheiros para efetivação do controle social;
4. Identificar os avanços e desafios encontrados na consolidação do controle social, nos três níveis de atuação dos conselheiros

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Benefício:**

Contribuir para o fortalecimento do conselho municipal de saúde e da teoria para o acompanhamento do controle social, elemento básico para participação cidadã.



**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa está bem estruturado e os objetivos poderão ser alcançados através da metodologia proposta.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está elaborado adequadamente e contempla os aspectos éticos envolvidos na pesquisa. A folha de rosto está preenchida e assinada adequadamente.

**Recomendações:**

Esta pesquisa deverá ter acompanhamento contínuo do orientador porque nas fases descritas muitos serão os descaminhos que poderão retardar as conclusões, devido a complexidade que se vai apresentando. Anexar anuência da instituição co-participante.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O tema do projeto é relevante, o protocolo está adequado e atende aos ditames da Resolução 196/96 e suas complementares do CNS..

**Situação do Parecer:**

Aprovado

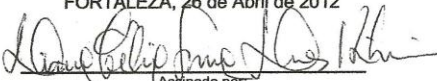
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado em reunião do Colegiado por atender aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

FORTALEZA, 26 de Abril de 2012



Assinado por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO



## ANEXO B – OFÍCIO DE LIBERAÇÃO PARA APROXIMAÇÃO DO CAMPO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.  
Dr. Edmilson Pereira da Silva.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO SEGMENTO DE USUÁRIOS”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora **FABIANA SALES VITORIANO UGHOA** aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE, está sob orientação do Professora Doutora Lucia Conde de Oliveira.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- **A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**


- A pesquisa será realizada/constituídos pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **AGOSTO A OUTUBRO DE 2012**

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Conselho Municipal de Saúde – **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.**

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 03 de agosto de 2012.

  
.....  
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora Geral do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA



### Conselho Municipal de Saúde FORTALEZA - CEARÁ

Ofício nº. 028/ 2012

Fortaleza, 15 de Fevereiro de 2012.

Ilma. Sra.  
**Fabiana Sales Vitoriano Uchoa**

**Ref.: Solicitação de Projeto de Pesquisa no CMSF**

Em resposta ao requerimento a Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, vem informa que fica autorizado a Sra. Fabiana Sales Vitoriano Uchoa, aluna da UECE do Programa de mestrado Acadêmico em Saúde Pública , a permissão para pesquisa com os conselheiros de saúde do segmento de usuários do Conselho Municipal de Saude de Fortaleza que representam as regionais de saúde.

Na certeza de pleno atendimento, agradecemos antecipadamente

Ademais, aproveito ensejo para renovar nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente.

**Antônio Luiz Mateus**  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

**ANTÔNIO LUIZ MATEUS**  
Presidente do Conselho Municipal  
de Saúde de Fortaleza