

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

GABRIELA LOBATO DE SOUZA

**ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS REPRESENTANTES DOS
USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO
SUL/RS**

Pelotas
2015

GABRIELA LOBATO DE SOUZA

**ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS REPRESENTANTES DOS
USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO
SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Política Social, do Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vini Rabassa da Silva

Pelotas
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S729a Souza, Gabriela Lobato de
Análise da participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul / RS . / Gabriela Lobato de Souza. – Pelotas: UCPEL, 2015.

85f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Pelotas, BR-RS, 2015. Orientadora: Vini Rabassa da Silva.

1. política de saúde. 2. controle social. 3. Conselho Municipal de Saúde. 4. participação dos usuários. I. Silva, Vini Rabassa da, or. II. Título.

CDD 362

GABRIELA LOBATO DE SOUZA

**ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS REPRESENTANTES DOS
USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO
SUL/RS**

Dissertação submetida à avaliação pela Banca Examinadora no Programa de Pós-Graduação em Política Social, Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da Universidade Católica de Pelotas como requisito para obtenção do Título de Mestre em Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Profa. Dra. Vini Rabassa da Silva – UCPel

Profa. Dra. Myriam Siqueira da Cunha – UCPel

Profa. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim – UFPel

Pelotas
2015

Dedico este trabalho a meu pai João José de Souza (in memoriam) que com muita luta, amor e carinho não mediu esforços para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTO

Agradeço Deus, o grande criador do universo, que na sua infinita sabedoria trouxe a luz, o amor e a fraternidade para a minha vida.

À minha mãe Maria Perpétua e a minha irmã Sabrina, que estiveram sempre presentes na minha vida me incentivando e dando forças para a concretização de meus projetos pessoais e profissionais.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Vini Rabassa da Silva pela dedicação, sabedoria e competência na missão de orientar este trabalho e pela pessoa admirável que é.

Aos meus amigos, que com suas palavras de coragem e incentivo me ajudaram a superar os momentos mais difíceis e não desanimar na caminhada. O meu agradecimento especial às amigas Mariana, Adrize, Renata e Chintia.

As professoras Dr^a. Myriam Siqueira da Cunha e Dr^a. Vanda Jardim por aceitarem com presteza o convite para comporem a banca desta dissertação.

A todo o Programa de Pós – Graduação em Política Social da UCPel.

Ao Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul, que tão carinhosamente me recebeu para realização desta pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da realização desta obra, o meu muito obrigada.

RESUMO

O controle social tem sido enfatizado em diversos segmentos da sociedade como importante conquista junto às políticas públicas, em especial na da saúde. A prática de controlar as ações estatais desenvolvidas por meio das políticas sociais pela participação popular, foi implementada legalmente, no Brasil, na década de 1990 como resultado das conquistas populares obtidas na Constituição Federal de 1988, que tinham como escopo a democratização e a garantia de direitos sociais. Entretanto, as conquistas constitucionais tiveram que enfrentar um cenário adverso desde o início da sua implantação, devido à reforma do Estado norteadas pela concepção neoliberal de Estado mínimo para a área social. Tendo em vista esse cenário adverso, esta Pesquisa analisa a participação do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde – CMS – do município de São Lourenço do Sul/RS, a fim de indicar elementos que possam contribuir na consolidação de um controle social que favoreça a conquista dos direitos assegurados na política de saúde. A pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada pela observação de reuniões e por entrevistas com o segmento de conselheiros representantes de usuários. Os dados obtidos foram analisados com base na análise de discurso. A pesquisa concluiu que existe uma participação efetiva dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho, entretanto necessita ser qualificada principalmente no que diz respeito ao entendimento por parte dos conselheiros a respeito do que é a participação política. Os resultados do estudo indicam que a informação sobre a política da saúde e a finalidade do conselho é imprescindível para a qualificação da participação, bem como, que a permanente comunicação com as entidades representadas servem de munção e incentivo aos conselheiros, para que eles sejam representantes legítimos dos usuários. Por outro lado, a evidência de conquistas reforça a validade e importância da participação dos usuários, na atualidade, no exercício do controle social e reafirma sua possibilidade de contribuir para a democratização e qualificação da política da saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Controle Social. Conselho Municipal de Saúde. Participação dos usuários.

ABSTRACT

Social control has been emphasized in various segments within the society as being a relevant achievement of the society regarding public policies, especially in the health area. The practice of controlling the actions of the government was legally implemented in Brazil in the 1990s, as a result of the benefits acquired by the society with the Federal Constitution of 1988, which aim was the democratization and the guarantee of the civil rights. However, such advances faced an adverse scenario, as the State assumed the neoliberal conception of Minimum State in the social area. Bearing this in mind, this work analyzes the actions of the Users Segment in the Municipal Health Council of a town in the south of Brazil – São Lourenço do Sul – RS – Brazil - to identify the elements that may contribute to consolidate a social control that will guarantee the acquisition of the rights that are assured by the health policy. The research used the qualitative approach. Data were collected by the means of observation of the meetings and by the application of a questionnaire answered by the counselors who are representative of the users of the health system. Data was analyzed using the discourse analysis. Finally, we concluded that there is an effective participation of the counselors of the users of the health system; however, this participation needs to be qualified, mainly regarding the concept of political participation. The results indicate that the information regarding the health policy is paramount to the qualification of the participation in the council. Likewise, the permanent communication among the represented communities and their counselors is used as fuel and as an incentive to the counselors. On the other hand, the evidence of what is achieved reinforces and validates the participation of the users in the process of social control, which contributes to the democratization and qualification of the health policy.

Keywords: Health Policy. Social Control. Municipal Health Council. User's participation.

LISTA DE QUADROS

Quadro – 1 Segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.....	37
Quadro – 2 Entidades representadas pelos conselheiros participantes da pesquisa.....	42
Quadro – 3 Artigos que abordam o Controle Social e Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil.....	77

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBES – Centro Brasileiro de Estudo em Saúde
CLS – Conselhos Locais de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMS-SLS – Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul
CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto de Geografia e Estatística
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
PT – Partido dos Trabalhadores
RIDE-DF – Região Integrada do Distrito Federal e Entorno
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCPEL – Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 CAPÍTULO I: O CONTROLE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.1 Gramsci e a participação da sociedade civil na tomada de decisões políticas.....	17
2.2 A democratização da Política de Saúde no Brasil: breve histórico.....	22
2.3 Controle Social na Política de Saúde e Participação Popular.....	26
3 CAPÍTULO II – OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELA PESQUISA: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS COMO OBJETO DE ESTUDO.....	33
3.1 Delineamento Metodológico do Estudo.....	33
3.2 Caracterização do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.....	34
3.2.1 Composição do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.....	36
3.2.2 O Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.....	38
3.2.3 A Participação da Comunidade nos Conselhos Locais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde de Saúde de São Lourenço do Sul.....	39
3.2.4 Realização das entrevistas com os representantes dos usuários do CMS-SLS.....	40
3.2.5 Atribuições e Perfil dos Conselheiros Representantes dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.....	40
3.3 Procedimentos usados para análise das entrevistas com os Conselheiros Representantes dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.....	43

4	CAPÍTULO III: ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS.....	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	76

1 INTRODUÇÃO

O controle social democrático tem uma função política que precisa ser permanentemente fortalecida, pois frente a longa história de total ausência de participação da sociedade civil nas decisões políticas sobre a forma de enfrentamento da questão social, ele ainda pode ser considerado como uma nova forma de gestão social, mesmo tendo sido instituído pela Constituição Federal de 1988.

Para que haja a possibilidade do controle social democrático da gestão e do orçamento público, Raichelis (2011) ressalta que um marco fundamental dessa construção é, com certeza, a Constituição Federal de 1988, que foi gestada no contexto dos anos de 1970/80, na luta contra a ditadura e a autocracia burguesa que se instala no Brasil a partir do golpe de 1964. Sobre isso a autora faz uma análise afirmando que nessa conjuntura de luta contra a ditadura o eixo da mobilização social foi a retomada da democracia representativa, já que existia uma lucidez sobre os limites dos institutos de representação da democracia liberal para uma efetiva democratização, tanto do Estado quanto da sociedade brasileira. Por isso, era requerida a participação direta da sociedade civil nas deliberações políticas, principalmente nas políticas sociais. Desse modo, o controle social na ótica da Constituição Federal Brasileira enfatiza a participação dos setores organizados da

sociedade civil, em especial dos trabalhadores e das frações populares, na construção e implementação de políticas públicas, criando novas relações entre a sociedade civil e o Estado (BRASIL, 1988).

Um desses instrumentos de controle social são os Conselhos Gestores, onde se enquadram, entre outros, os conselhos municipais de saúde, assistência social, da criança e do adolescente e o conselho do idoso. Segundo Gohn (2006), desde a constituição de 1988:

Leis orgânicas específicas passaram a regulamentar o direito constitucional à participação por meio de conselhos deliberativos, de composição paritária entre representantes do Poder Executivo e de instituições da sociedade civil. Desde então um número crescente de estruturas colegiadas passou a ser exigência constitucional nos diversos níveis das administrações (federal, estadual e municipal). Muitas já foram criadas, a exemplo dos conselhos circunscritos às ações e aos serviços públicos (saúde, educação e cultura) e aos interesses gerais da comunidade (meio ambiente, defesa do consumidor, patrimônio histórico-cultural), assim como aos interesses de grupos e camadas sociais específicas como crianças e adolescentes, idosos, mulheres etc. (GOHN, 2006, p. 7).

Um dos conselhos mais relevantes para a população brasileira em geral é o Conselho de saúde, sendo a política de saúde universal. Desde a constituição de 1988 foram promulgadas leis e normas que conferiram um arcabouço jurídico ao controle social na saúde. Todas as unidades da federação e todos os municípios do país possuem Conselhos de Saúde, que se reúnem pelo menos uma vez por mês e mobilizam cerca de cem mil pessoas (PEREIRA NETO, 2012).

Nesse contexto, é reconhecida a importância dos conselhos de saúde na descentralização das ações do SUS (Sistema Único de Saúde), no controle do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população na sua gestão. Em seu processo de concretização no âmbito das políticas públicas, os conselhos de saúde, como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS, representam espaços participativos nos quais surge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania. O desempenho dos conselhos de saúde está relacionado à maneira como seus integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus

segmentos em demandas e projetos de interesse público e como participam da deliberação da política de saúde a ser adotada em cada esfera de governo (BRASIL, 2006).

A Lei n. 8.142/90 preconiza a obrigatoriedade de organização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, usuários, gestores e prestadores de serviços. Por serem de composição paritária (50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços), os conselhos devem possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade, por meio da formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde vigente (BRASIL, 1990).

Com a criação dos CMS os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas ao planejamento e a execução de políticas de saúde. Os conselhos têm como responsabilidade, juntamente com os gestores da saúde, de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde da população que representam. Para tanto, é preciso que a base da participação exercida pelos conselheiros esteja pautada na perspectiva do exercício do controle social como mediação para o aperfeiçoamento do funcionamento do sistema de saúde.

Os CMS são espaços potencialmente capazes de receber as demandas da comunidade e de buscar o seu efetivo atendimento. Existem práticas desenvolvidas pelos conselheiros de saúde no exercício de sua função de representação de um grupo que podem limitar ou potencializar tanto as possibilidades dessa representação como o atendimento das demandas.

Considera-se relevante uma discussão no que tange aos mecanismos de controle social, mais especificamente o controle social em saúde, por este debate acender questões que possibilitam mostrar o empoderamento dos conselheiros representantes dos usuários no CMS, no sentido de incentivar sua atuação na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Segundo Wendhausen et al. (2006):

O empoderamento tem assumido significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia (WENDHAUSEN et al., 2006, p.133).

Numa real democracia, a participação popular deve sempre buscar o aumento da autonomia dos indivíduos, autonomia essa que só será alcançada se os mesmos entenderem os processos sociais a que estão submetidos e o modo como a sua participação pode mudar o destino de algumas políticas públicas. Desse modo:

[...] empoderar passa a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada ator social assume, junto com o Estado, diante da vida, na acepção de tomar os rumos para influenciar no destino dos recursos públicos e na formulação de políticas públicas que representem a necessidade e a vontade dos cidadãos (Wendhausen et al., p.133 2006).

Após mais ou menos 20 anos de implantação da Constituição Federal de 1988, faz-se necessária uma análise sobre a experiência de controle democrático na gestão das políticas públicas, já que segundo Raichelis (2011), é preciso problematizar o caminho cursado e redefinir táticas, considerando o significado político desse movimento, que comprometeu um conjunto significativo de profissionais na luta pela construção da democracia brasileira.

Esta dissertação pretende contribuir para o avanço da democratização e qualificação da política de saúde, indicando os aspectos que podem facilitar e aqueles que podem dificultar o atendimento das necessidades da comunidade, quando representadas e defendidas pelo segmento representante dos usuários nos conselhos municipais de saúde. Para tanto, o objetivo geral desse trabalho foi o de analisar a participação do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde – CMS – do município de São Lourenço do Sul/RS, a fim de indicar elementos que possam contribuir na consolidação de um controle social que favoreça a conquista dos direitos assegurados na política de saúde. Já os objetivos específicos foram:

- Conhecer os elementos que interferem na participação dos conselheiros representantes dos usuários no CMS-SLS-RS;

- Identificar as principais dificuldades na participação dos segmentos dos usuários no CMS-SLS-RS;

- Analisar a atuação do segmento dos usuários em relação a representação e defesa de interesses populares na implementação da política de saúde municipal.

Escolher pesquisar os representantes dos usuários para ser o foco deste estudo, emerge do fato de ser essa a parcela de conselheiros que representa os interesses da população que utiliza os serviços de saúde. No entanto essa mesma população nem sempre consegue fazer valer seus direitos dentro dos conselhos, pois estes se configuram como um espaço de disputas políticas onde não necessariamente há a defesa dos interesses dos usuários. Posiciona-se aí a discussão sobre as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera das decisões políticas (COTTA et al 2010; CRISTO, 2012).

Por isso, esta dissertação elegeu como tema o controle social exercido pelos usuários no conselho municipal de saúde e teve como base empírica a realização de uma pesquisa para responder a seguinte questão: Como acontece a participação do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde – CMS – do município de São Lourenço do Sul/RS em relação à representação e defesa de interesses populares?

Espera-se que a análise dos seus resultados permita descobrir os múltiplos aspectos que determinam a participação dos usuários no CMS, ora impulsionando-a, ora dificultando-a, ora anulando-a, enquanto defensora de uma política de saúde democrática e compromissada com o acesso universal a serviços de saúde de qualidade.

A importância da pesquisa se justifica pela necessidade de maiores estudos que contemplem as questões da atuação dos conselheiros representantes dos usuários nos CMS, para descobrir seus determinantes, os seus entraves e as forças propulsoras no exercício de suas atividades.

Uma revisão literária cuidadosa mostrou que há uma série de estudos sobre o Controle Social na Política de Saúde no Brasil. A revisão dessa literatura foi feita na

base de dados da SciELO Brasil (*Scientific Electronic Library Online*), que é uma biblioteca eletrônica que inclui uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, a fim de descobrir os estudos já realizados sobre o Controle Social na Política de Saúde no Brasil.

Primeiramente foi feita uma busca de artigos por assunto com o descritor “Controle social” onde foram encontradas 102 referências selecionando-se todos os índices. Ao refinar essa mesma busca com o descritor “Controle social AND Saúde” surgiram 50 referências. Dessas, foram lidos todos os títulos e resumos e selecionadas as referências que tratavam da temática do controle social democrático em saúde, enfocando os conselhos de Saúde, onde ficaram 28 referências selecionadas¹.

Desses 28 artigos selecionados, foi feita a leitura daqueles que tratavam especificamente da participação dos conselheiros de saúde nos CMS onde temos o estudo de Batista, et al. (2010) que revelou a maneira de participação dos conselheiros nas reuniões do conselho, trazendo como se dá a atuação de cada categoria nestes espaços. Já Morita et al. (2006) analisou a participação dos conselheiros e sua representatividade no CMS Botucatu (SP), no que se refere ao comparecimento nas plenárias do CMS e sua articulação com os segmentos que representam.

Pereira Neto (2012) em seu estudo sobre a representação dos usuários nos conselhos de saúde objetivou avaliar as motivações que os conselheiros representantes dos usuários têm para participar dos CMS do Rio de Janeiro, Porto Alegre e Recife. No trabalho de Shimizzu et al. (2013) é possível averiguar que foi feita uma análise das representações sociais dos conselheiros municipais de saúde de dezenove municípios da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) acerca do controle social em saúde. Esta análise abrangeu dois eixos temáticos: o primeiro, que trata das fragilidades dos conselhos de saúde,

¹ O resultado está apresentado no APÊNCICE A com a identificação por título e revista, volume, número, páginas e mês; autor e ano da publicação.

constituídas por quatro classes (as limitações no poder de decisão, a burocratização das práticas cotidianas, as fragilidades da participação social; as limitações na prática da representação); e o segundo, que trata do sistema de saúde na RIDE-DF, constituído por apenas uma classe que divulga à problemática organização da atenção à saúde na RIDE-DF.

O artigo de Vanstralen et al (2006) examinou a legislação sobre os conselhos e entrevistou os conselheiros usuários integrantes da mesa diretora de nove municípios da Região Centro-Oeste do Brasil, abordando diversos aspectos do Conselho de Saúde. Foram enfocadas principalmente, a composição dos conselhos, as entidades que representam os usuários e as regras formais de funcionamento dos CMS.

A busca de referências sobre controle social democrático em saúde propiciou conhecer o que vem sendo pesquisado e publicado sobre o assunto no Brasil e assim perceber que se faz necessário a produção de pesquisas que tenham o foco de análise na participação dos conselheiros representantes dos usuários nos CMS e discutir as estratégias adotadas nessa direção, visto que, apenas 05 artigos dos 28 encontrados no banco de dados da SCIELO Brasil tinham seu foco de estudo na participação dos conselheiros de saúde.

Com base no mostrado anteriormente, o presente estudo pode contribuir com a produção de conhecimentos sobre o tema, oferecendo subsídios que possam colaborar com o exercício do controle social, com foco na participação dos conselheiros representantes de usuários da saúde, tendo em vista a possibilidade de superação das limitações de implementação das conquistas legais que indicam para o protagonismo da sociedade civil na constituição de um sistema de saúde universal e igualitário.

Para atingir seus objetivos, esse trabalho foi dividido da seguinte forma. O primeiro capítulo apresenta as bases teóricas sobre a democratização da Política de Saúde no Brasil e traça um breve panorama histórico sobre a conjuntura das lutas sociais contra a ditadura, nas décadas de 70 e 80, onde a sociedade civil reuniu esforços para se contrapor ao regime militar e conquistar espaços de participação

democrática que se efetivaram com a instituição da Constituição de 1988 e posteriormente com a lei 8142/90 que institui o controle social democrático como uma conquista das lutas e pressões populares da sociedade civil pela redemocratização da sociedade. Ainda no primeiro capítulo desta pesquisa é abordado o Controle Social na Política de Saúde e Participação Popular, que passa a ser, com a constituição da Lei 8080/90 e da lei 8142/90, um dos princípios orientadores do SUS, que estabelecem a participação social nas três esferas de governo com a criação dos conselhos municipais como os principais órgãos de controle social na política de saúde.

O segundo capítulo traz os caminhos percorridos pela pesquisa no Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul/RS enquanto objeto de estudo. Para tanto, apresenta o delineamento metodológico da Pesquisa e a caracterização do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul (CMS-SLS), descrevendo a composição do conselho, o Núcleo de Coordenação e os Conselhos Locais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde de São Lourenço do Sul. Este capítulo também traz a sistematização das entrevistas com os representantes dos usuários do CMS-SLS, o instrumento utilizado para a mesma e as atribuições e o perfil dos conselheiros representantes dos usuários no CMS-SLS. O último item aborda como foram feitas as entrevistas com os conselheiros representantes dos usuários no CMS-SLS.

O terceiro capítulo apresenta a análise de dados da pesquisa que foi realizada com os conselheiros representantes dos usuários no CMS-SLS e dialoga com outras pesquisas da área tentando entender como esse segmento se organiza para buscar e defender seus interesses.

Finalmente, espera-se que esse estudo tenha permitido que os conselheiros reflitam sobre sua prática e entendam que a sua opinião é importante na busca de alternativas de superação de problemas que impedem o exercício do controle social democrático, repercutindo na Política de Saúde municipal e na melhoria dos serviços de saúde ofertados à comunidade de São Lourenço do Sul.

2 CAPÍTULO I: O CONTROLE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 A participação da sociedade civil na tomada de decisões políticas: uma aproximação com a perspectiva gramsciana

No debate atual acerca da política de saúde, a menção ao pensamento de Antônio Gramsci é essencial em virtude de sua teoria acerca do Estado, sendo notória a contribuição gramsciana para uma análise densa e crítica da sociedade capitalista e do Estado moderno (VASCONCELOS et al, 2013).

Como militante e teórico, os assuntos que preocupavam Gramsci estavam profundamente relacionados com o contexto em que o mesmo viveu, assinalado pela primeira grande crise civilizatória do capitalismo e sua transição da fase concorrencial ao período monopólico ou imperialista. Neste contexto, onde ficava evidente a saturação do modelo liberal, o próprio Estado redefinia-se, adotando funções cada vez mais determinantes na economia. Os movimentos organizativos das classes subalternas surgiam em diversas partes da Europa, com suas

exigências por melhores condições de trabalho e de vida, sugerindo, pela primeira vez, uma ameaça cabal ao poder da burguesia. O Estado começava a intervir em relação a tais questões de forma a ultrapassar a dimensão repressiva e isso ficava expresso por novas medidas, como a implementação, ainda que elementar, de políticas sociais. Nesta arena, apesar da ebulição dos partidos comunistas em todo o continente europeu, o movimento operário não foi vitorioso em nenhum país da Europa. O que aconteceu foi uma recomposição do poder burguês, evidenciada fortemente pelo fascismo e nazismo (ACANDA, 2006).

Ainda de acordo com Acanda, 2006, como ativista do partido comunista e preso político do regime autocrático italiano, a grande questão que tocava Gramsci era: "por que perdemos?". Foi esta linha de análise que atravessou suas elucubrações no cárcere, tendo como orientação a necessidade de redimensionamento da luta revolucionária. Para Gramsci, a política e o Estado não podiam ser pensados de forma abstrata ou isolada, mas tratados sob o princípio da totalidade, numa análise embasada na crítica da economia política empreendida por Marx.

A concepção sobre Estado, ainda sob o ponto de vista de Gramsci, implica na compreensão do ser social - historicamente determinado - e da sociedade como um sistema de relações sociais que os homens estabelecem entre si no processo de produção e reprodução da vida social. Produção é ao mesmo tempo reprodução, tanto da vida material e do modo de produção, quanto das formas de consciência e no modo de vida na sociedade (ACANDA, 2006).

Vasconcelos et al (2013) diz que é desse ponto de vista de indissociabilidade das esferas constitutivas da realidade social que Gramsci construiu a chave de análise central de seus estudos: o conceito de bloco histórico, entendido enquanto uma unidade entre a natureza e o espírito, entre vida e política (estrutura e superestrutura), unidade dos contrários e dos distintos e a percepção da conexão que existe entre os elementos básicos do bloco histórico (estrutura e superestrutura). Para Gramsci, não existe uma relação de prioridade de uma esfera sobre a outra, também não há uma relação unilateral entre elas e, menos ainda,

uma simples relação de causa e efeito, mas um vínculo orgânico e dialético, onde as determinações só podem ser entendidas na totalidade das relações desenvolvidas em determinado processo histórico. Para Gramsci, o “cimento” do bloco histórico é a hegemonia que significa a aptidão de direcionamento político e cultural, ou seja, aptidão de estabelecer uma visão de mundo a ser incorporada pelas demais classes sociais.

A mesma autora afirma que a hegemonia se refere à capacidade da classe dominante de obter e manter seu poder sobre a sociedade por meio do controle que detém sobre os meios de produção econômicos e sobre os órgãos de repressão, mas, sobretudo, por sua habilidade de produzir e estabelecer o consenso e a direção política, intelectual e moral dessa sociedade. A hegemonia é, ao mesmo tempo, direção ideológico-política da sociedade civil e combinação de força e consenso para conseguir o controle social.

De acordo com Coutinho (1996), o indivíduo vive uma cisão onde na sociedade política ele é tido como um ser comunitário, um cidadão, enquanto que na sociedade civil atua como indivíduo privado, subordinado aos interesses individualistas da lógica capitalista. Apesar de juridicamente os direitos políticos estejam garantidos, eles não mudam as condições que provocam as distinções sociais entre os homens. Deste modo, o Estado garante a propriedade privada, garantindo a reprodução da divisão da sociedade em classes. Neste sentido, "*o poder se produz e se reproduz nos interstícios da vida cotidiana. É, por conseguinte, ubíquo e está presente em qualquer produto e relações sociais*" (ACANDA, 2006, p. 205).

Vasconcelos et al (2013) destaca que o capitalismo é um modo de produção de relações sociais onde o poder burguês tem suas bases em um determinado tipo de padrão civilizatório (que de maneira alguma se limita à produção econômica), de cultura, de modo de vida dos indivíduos. Deste modo, é no campo da sociedade civil que são difundidos os valores e interesses da classe dirigente, tramando-se o consenso e o direcionamento moral e intelectual do contíguo social. A perspectiva

gramsciana não se detém apenas ao campo da política, mas parte da totalidade, reconhecendo a indissociabilidade das esferas constitutivas da vida social.

Ao evidenciar as raízes da (re)produção do sistema capitalista e a imprescindibilidade da hegemonia neste método, as análises de Gramsci clareiam a análise de fenômenos culturais e políticos que lhe eram contemporâneos, apontando para a necessidade de novas estratégias para superar o modo de produção capitalista. As reflexões gramscianas não se limitam ao seu tempo histórico, mas permanecem colocando elementos fundamentais para uma análise crítica das transformações das relações capitalistas da atualidade. Colaboram para a análise do cenário contemporâneo, de crise estrutural do capitalismo, que tenta se reinventar em todas as esferas da vida social, através de processos que se desdobram do campo estritamente produtivo. (VASCONSELOS ET AL 2013).

A sociedade civil abrange as mais variadas organizações responsáveis por elaborar e/ou difundir ideologias, incluindo escolas, igrejas, partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais, meios de comunicação etc. (COUTINHO, 2005).

Correia (2005) ao analisar o controle social a partir de uma concepção de Estado e sociedade civil gramsciana, ressalta que a sociedade civil não é hegemônica, mas um lugar de lutas de interesses contraditórios e que as lutas não são da sociedade civil contra o Estado e sim de setores que representam os interesses do capital e do trabalho na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. Para a autora, tratar a sociedade civil como hegemônica é desligá-la da base material, das relações sociais, do todo social, pois são as contradições que emergem desta base que se promulgam e se confrontam na sociedade civil. Correia (2003) ainda se referindo aos termos do conceito gramsciano, diz que o controle social se dá no embate entre as classes que buscam obter hegemonia na sociedade civil e através da imposição de seus interesses na condução do Estado. Nessa perspectiva, o controle social é tido como o controle das classes e se movimenta pelo caráter contraditório da sociedade civil, “ora pendendo para a classe dominante, ora para as classes subalternas, a depender da correlação de forças entre essas”

(Correia, 2003, p. 54). Assim, o que existe é uma disputa pelo controle social entre as classes com a intenção de obterem hegemonia na sociedade civil e, por conseguinte, no Estado.

Semeraro (2014) fez um estudo que teve como embasamento de análise o “*Caderno 25 (Cadernos do Cárcere)*” e destacou os elementos de proximidade e as diferenças entre o significado que Gramsci atribui aos grupos sociais subalternos e a conformação dos movimentos populares brasileiros e latino-americanos das últimas décadas. Revelou que as atenções estão concentradas nas contradições e nos riscos aos quais os movimentos populares estão expostos, sobre seu "subversivismo esporádico", suas fragilidade e cooptação. Por outro lado, são evidenciados o valor imensurável de suas iniciativas, seu espírito inventivo, suas experiências político-pedagógicas e a conformação de uma concepção alternativa de sociedade frente à crise que atinge o sistema mundial da atualidade. Gramsci possivelmente foi o primeiro marxista ocidental que demonstrou um interesse eminentemente político pela cultura popular, já que nela surgia uma produção de significados e interpretações do mundo originárias das classes subalternas.

Sousa (2003) rejeita a ideia de que a criação de canais participativos, em especial nos países latino-americanos, não é viável, em razão do elitismo das instituições e da fragilidade da sociedade civil. A autora vê nos conselhos um espaço de veiculação de demandas sociais que não são acolhidas pelas vias tradicionais da vida política. A autora ainda argumenta que na área da saúde os antecedentes dos conselhos estão ligados aos canais formais de integração interinstitucional, cuja criação, no início dos anos 80, tinha mais vinculação com propósitos racionalizadores do que com as experiências de participação comunitária, especialmente dirigidas à extensão dos cuidados primários ou de participação popular, características das lutas dos movimentos sociais urbanos. A autora conclui que a contribuição dos conselhos se dá no âmbito do Estado e no da sociedade. No do Estado, gera mais responsabilidade pública aos governos e, na sociedade, permite o surgimento de novos sujeitos políticos e identidades coletivas.

Semeraro (2014) ainda destaca que Gramsci não nutre dicotomias simplistas que colocam em contraposição a autenticidade popular e artificialismo institucional, movimentos populares e partidos, espontaneidade e organização. Ele se coloca contrário ao "subversivismo esporádico e desorgânico", ao centralismo e vanguardismo, e ao particularismo e se torna com isso, o interlocutor crítico da realidade vivenciada pelos movimentos populares brasileiros e latino-americanos.

2.2 A democratização da Política de Saúde no Brasil: breve histórico

Na conjuntura das lutas sociais contra a ditadura, nas décadas de 70 e 80, a organização popular envidou esforços para participar das decisões políticas e redemocratizar o país e a sociedade civil, tornando-se sinônimo de tudo aquilo que se contrapunha ao Estado ditatorial. Essa identificação foi provocada não só porque, na linguagem corrente, "civil" significa o contrário de militar, mas, especialmente porque no período final da ditadura, até mesmo os organismos ligados à grande burguesia começaram progressivamente a se desligarem do regime militar, adotando uma postura de oposição moderada (COUTINHO, 2006). Exemplos disso foram as greves metalúrgicas da região do ABC paulista, a luta pela anistia, o novo sindicalismo, os movimentos dos cortiços, favelas, jovens e mulheres. Nesse contexto também se encontra as origens da CUT, do MST, do PT, que contribuíram para a luta pelas "Diretas Já" no ano de 1984 e posteriormente para a Assembleia Constituinte que vai elaborar Constituição Federal de 1988. A inovação desse potente cenário movimentista era a probabilidade de renovação dos espaços e dos sujeitos da luta política, e também de articulação de vários grupos e segmentos da esquerda que ficaram afastados da política pela repressão, na luta pela democracia e ao redor de um novo jeito de fazer política, pautado na perspectiva da democracia participativa e aprimorando a democracia representativa (RAICHELIS, 2011).

No Brasil, a expressão controle social tem sido utilizada como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, especificamente no campo

das políticas sociais. Partindo da perspectiva Gramsciana sobre a relação entre Estado e sociedade civil, esse controle social deverá ser entendido dentro da articulação dialética do Estado, no sentido restrito, e da sociedade civil que é composta por interesses de classes opostos. Essa articulação deverá se dar na perspectiva da defesa dos interesses das classes subalternas e da construção de resistências às tendências do uso do fundo público para o financiamento da reprodução do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho (serviços públicos que não buscam o lucro). Nesta perspectiva o controle social é orientado por um projeto societário das classes subalternas e pela busca da construção de uma cultura política que busque uma nova hegemonia visando à superação da racionalidade capitalista (CORREIA, 2005).

Buscando entender as contradições que envolvem os limites e possibilidades do controle social na realidade atual, é a concepção da relação entre Estado e sociedade civil que embasa este debate, onde se entende que as lutas políticas não se dão apenas na sociedade civil, mas na totalidade da estrutura social e da formação social. A sociedade civil é um espaço de disputa de projetos de classes distintos em busca da hegemonia. Neste espaço se trava a luta de classes, podendo se construir a hegemonia das classes subalternas (BRAVO; CORREIA, 2012).

De acordo com Calvi (2007), é importante ressaltar que se reconhece e acredita na potencialidade do controle social democrático conquistado constitucionalmente, pois ele é fruto de lutas e demandas populares e de pressões da sociedade civil pela redemocratização da nossa sociedade, indicando que a capacidade de resistência democrática ainda está viva. Mas, é preciso elucidar que o controle social se faz subordinado a uma lógica de controle social mais amplo, perverso e poderoso. Assim, ele continua subordinado ao controle social do capital, que usa de todos os artifícios para emperrar os processos decisórios em que a sociedade civil tem voz e voto para decidir, entre eles, os conselhos.

Na atual conjuntura política brasileira, fica generalizada a ideia de que as estruturas tradicionais da democracia representativa não têm sido apropriadas para dar conta das demandas sociais cada vez mais abrangentes. Posiciona-se aí a

discussão sobre as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera das decisões políticas, ficando mais forte a ideia de que os espaços de construção e gestão das políticas sociais devem ter maior abertura para acolher a presença ativa de novos sujeitos sociais (RAICHELIS, 2011).

Ainda para Raichelis (2011) outros temas precisaram ser rediscutidos, como a noção de público e de espaços públicos democráticos, que também foram objeto de debate e de tematizações diversas, relacionados aos dilemas da construção da esfera pública no Brasil, da democracia, da cidadania e dos direitos que a ela são inerentes. Problematizar a noção de “público” é crucial para o debate do controle social acerca do orçamento, porque não existe questão mais emblemática do que o orçamento público para confrontar o discurso competente apresentado como secreto, de propriedade da burocracia estatal e limitado aos especialistas. E ainda ir além da ideia de público como algo exclusivo do Estado ou como sinônimo de estatal, percebido como oposto do privado.

Os espaços públicos se constituem em instâncias deliberativas que propiciam o reconhecimento e dão voz a novos atores e temas, que não são utilizados de maneira exclusiva por algum ator social ou político ou pelo próprio Estado, mas são heterogêneos, ou seja, permitem a existência da pluralidade social e política que, portanto, visibilizam o conflito, dando condições para tratá-lo de modo tal que se reconheçam os interesses e opiniões na sua diversidade; e nas quais exista uma disposição à igualdade de recursos dos participantes no que diz respeito à informação, conhecimento e poder (DAGNINO, 2002).

É nestes espaços públicos que ocorrem a participação e o exercício do controle social realizados pelos conselhos. Segundo Cotta et al. (2010) :

[...] esse exercício tem como contrapartida fundamental a ideia de que a visibilidade e o compartilhamento do que é público devem ser baseados na premissa de que tudo o que vem a público pode ser ouvido, visto e comentado por todos. Sem visibilidade e compartilhamento, não há ação pública ou projeto político, porque ser visto e ouvido pluralmente pelos outros é uma forma de direcionar a ação social e constituir a realidade (COTTA et al, 2010, p.2438).

Sobre descentralização e participação social, Teixeira (2007) traz que a Constituição Federal de 1988 instaura subsídios democráticos na gestão das políticas públicas, que indicam um novo formato para as políticas sociais no Brasil, com fundamentos nos princípios da descentralização, participação da sociedade civil e municipalização em todo o processo. Determina que as políticas sociais sejam feitas de forma democrática, onde a sociedade através dos órgãos representativos participe dos ambientes de deliberações das diretrizes das políticas, da idealização, da execução, do controle e da fiscalização dos planos, programas e projetos. A mesma autora ainda destaca que ainda que tardiamente, a Constituição de 1988 estabeleceu o “pacto de classe”, assegurando direitos e proteção social pública aos trabalhadores, e que, mesmo sem danificar a ordem burguesa, ela ajustou os alicerces a partir dos quais a dinâmica capitalista poderia ser direcionada de maneira a diminuir, a graus toleráveis, o que era chamado pelos próprios segmentos das classes dominantes como “dívida social”. A conjuntura das políticas sociais caminhava na direção da mudança do modelo de proteção social brasileiro, com ênfase à universalização, a descentralização da política, a participação social e a responsabilização social pela proteção social.

Portanto, pode-se afirmar que na virada dos anos 70 para os 80, houve uma forte pressão por parte de novos atores sociais para a criação do Estado Democrático de Direito e de uma cidadania ativa, onde as discussões foram provocadas pela exclusão da maioria da população de direitos sociais básicos, como moradia e saúde, por exemplo. Nesse contexto, houve uma multiplicação de novos agentes coletivos como as associações profissionais, os sindicatos dos trabalhadores industriais, a CUT e a CNBB, por exemplo, afirmando-se enquanto resistência ao governo militar. As demandas e conflitos protagonizados por movimentos sociais tornaram-se uma importante referência na avaliação do funcionamento e da estrutura do sistema judicial brasileiro. Assim, a democracia de base “massas” ainda não tinha se cumprido, mas a política deixou de ser meramente focada para as elites e tornou-se uma democracia de sociedade civil, dando importância crescente para a opinião do público (MOTA, 2011).

2.3 Controle Social na Política de Saúde e Participação Popular

Sobre o contexto histórico da participação social no Brasil Ciconello (2008), nos traz que embora a ditadura militar tenha controlado e restringido a liberdade de expressão e de associação de indivíduos e de grupos políticos e sociais que criticassem o regime político autoritário, havia algum espaço de mobilização e de debate na base da sociedade brasileira. Esse espaço foi taticamente identificado e utilizado por milhares de organizações – formais e informais -, militantes, religiosos, intelectuais e movimentos sociais inspirados, principalmente, por referenciais teóricos e morais, como a Teologia da Libertação e o movimento pedagógico criado pelo brasileiro Paulo Freire, chamado Educação Popular. O mesmo autor ainda traz que a atuação era baseada em processos educativos junto a grupos populares com a finalidade de gerar emancipação e consciência cidadã. Educar a população para a transformação social era o objetivo. Essa estratégia estava em sintonia com outro referencial, muito em voga entre os opositores do regime: a perspectiva do pensador marxista Antônio Gramsci, para quem a mudança só poderia ocorrer a partir de uma maior consciência de classe e das estruturas de desigualdade e de opressão a que estava submetida a maior parte da população brasileira.

O campo da saúde constituiu pioneirismo no processo de controle social, inspirado pelo Movimento da Reforma Sanitária, que aliou movimentos sociais, intelectuais e partidos políticos de esquerda no combate a ditadura militar, e visando mudanças no modelo médico-assistencial privatista predominante no país para um Sistema Universal de Saúde Público, descentralizado, participativo e de boa qualidade (ROLIM et al, 2013).

O Sistema Único de Saúde instituído pela constituição de 1988 significou a concretização no âmbito legal, de propostas do movimento sanitário que nas décadas de 70 e 80 promoveu o debate e a mobilização em defesa da reforma sanitária brasileira. Esse movimento mobilizou profissionais da saúde, estudantes, parlamentares e lideranças do movimento sindical e social em defesa das mudanças das políticas e nas práticas de saúde, no período de transição democrática, e conjugou iniciativas no campo da formulação de propostas da ação política em defesa do projeto da reforma sanitária brasileira e na condução de ações das instituições de saúde em um processo político que mobilizou segmentos da sociedade brasileira nas lutas pela democratização da saúde e da sociedade.

A trajetória do movimento sanitário teve na criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES, em 1976, um dos seus movimentos de ascensão e culminou na intensa mobilização em torno da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1983 e nos seus desdobramentos no período constituinte com a canalização de pressão social para influenciar os debates e o teor do texto. Dentre as reivindicações se destaca a defesa da criação de um sistema de saúde com acesso universal descentralizado com controle social e financiado com recursos públicos (CAMPOS et al, 2012).

A constituição de 1988 declarou o direito à saúde como um direito universal, não condicionado à contribuição, e isso consta no artigo 196 da Constituição e da Lei 8080/90. Assim, na área da saúde, a participação social passa a ser um dos princípios orientadores do SUS, estabelecendo, para sua concretização, a criação de novas vias participativas, nas três esferas de governo (conselhos e conferências de saúde) sendo os Conselhos de Saúde os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde (COTTA et al, 2010).

A Lei nº 8142/90 (Lei Orgânica da Saúde) regulou a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de instituir as conferências e conselhos de saúde, sua estrutura e funcionamento. A Lei Orgânica da Saúde estabelece como

dever do estado prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício, por meio de políticas públicas (SIMÕES, 2007).

O controle social, designação firmada para a participação nos espaços institucionais criados pela legislação na política de saúde do SUS, é uma importante inovação garantida pela Constituição. A gestão participativa no SUS, conceito que procura apontar o conjunto de dispositivos de participação na gestão da saúde, colaborou para o desenvolvimento da cidadania, identificando o usuário como parte integrante de uma comunidade instituída com direitos e deveres, distintas de uma mera visão de consumistas de bens e serviços (PONTE et al, 2012).

Introduziram-se nesse cenário os conselhos de saúde, de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII, Capítulo II, e as Leis federais n. 8.080/90 e n. 8.142/90 que institui os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), como órgãos permanentes, deliberativos e normativos do SUS no âmbito municipal, que têm por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990; CONASS, 2003).

A Lei n. 8.142/90 preconiza a obrigatoriedade de organização e funcionamento dos CMS, compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, usuários, gestores e prestadores de serviços. Por serem de composição paritária (50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços), os conselhos devem possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade, por meio da formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde vigente (BRASIL, 1990).

Como não existe hierarquia entre União, estados, Distrito Federal e municípios, esses são livres para definir, em seus Planos de Saúde, os meios pelos quais o dinheiro transferido pelo governo federal será aplicado na saúde. No entanto, os planos estaduais, distritais e municipais de saúde devem estar em harmonia com o Plano Nacional de Saúde. Os Planos de Saúde devem ser submetidos à aprovação dos conselhos de saúde (BRASIL, 2010).

Como forma de participação da população na saúde, além dos CMS, temos as conferências de saúde, ambos nas três esferas de governo: nacional, estadual e municipal. As Conferências de Saúde são realizadas no mínimo a cada quatro anos, por meio de uma Conferência Nacional, Conferências Estaduais e Municipais, propiciando oportunidades de discussão e análise da situação geral de saúde da população e estabelecendo orientações para o funcionamento dos serviços de saúde do SUS. Nas Conferências de Saúde os diferentes segmentos da população avaliam e traçam as diretrizes para as políticas de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009; PEREIRA NETO, 2012).

Existe outra opção de participação direta da sociedade na gestão da saúde local, que são os chamados Conselhos Locais de Saúde (CLS) e têm a finalidade na sua concepção e atuação em ultrapassar o modelo hegemônico tradicional de acompanhamento e fiscalização do sistema de saúde, que ainda é muito presente no cotidiano do serviço e da sociedade, e torná-los espaços de interação e negociação entre os diversos atores envolvidos naquele território, que deixam suas divergências e diferenças à parte, para coletivamente traçarem um objetivo em comum: definir os problemas sociais e conjuntamente formular um plano de superação (BRASIL, 2009; PONTE, 2012; ROLIM et al, 2013).

Desenvolvimento local para Akerman (2005) é entendido no âmbito da formulação das políticas públicas, nas quais o local se expressa como um território vivo de interações, onde a vida flui em suas múltiplas dimensões (social, cultural, amorosa, espiritual, intelectual, política, econômica, etc.) que se manifestam e constroem na cidadania, buscando a coesão social em um campo impregnado de conflitos e interesses diversos. Nesse sentido, os conselhos locais de saúde devem ser compreendidos como espaços de interação comunitária não exclusivamente vinculados à prática das unidades de saúde, mas também ao cotidiano da vida humana, correlacionados com os determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos, entre outros; eles tornam-se dispositivos de efetivação de democracia participativa.

Os conselheiros são a ligação entre o conselho de saúde e o segmento social que representam, sendo que o ponto de partida de sua atuação são as necessidades da comunidade. Os conselheiros estão no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade sobre as políticas de saúde de forma coerente com os princípios e diretrizes do SUS e com protagonismo na construção de um sistema de saúde universal e equitativo (BRASIL, 2010; COTTA, 2010).

Os conselheiros de saúde, no exercício de suas funções, estão realizando ações que auxiliam a promoção e o fortalecimento do controle social na saúde, no sentido em que são condutores dos desejos e necessidades dos segmentos sociais que representam.

Assim, a mobilização das comunidades em torno da participação pode ocorrer de modo natural, mas também pode ser provocada por conselheiros comprometidos com a qualidade de vida e com os interesses do segmento que representam. Para tanto, é necessário que esses conselheiros incorporem em suas ações a socialização e a discussão dos saberes que englobam a área da saúde e as questões de participação social.

Podemos observar que o controle social na política de saúde do Brasil é muito mais que fiscalização e avaliação. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004):

Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004. p. 43).

Entretanto, percebe-se a existência derivada do modelo neoliberal que considera o papel do controle social somente como avaliador e fiscalizador, que não participa de todo o processo, mas que apenas acompanha se o que está sendo feito corresponde ao planejado ou não pelos gestores e se nesse processo não estão ocorrendo desvios de recursos, por exemplo. Isso nos leva a ponderar que o atual

estágio do SUS sugere a necessidade de uma formação que abra o debate sobre a política da saúde e a participação social. Assim, com o SUS, a saúde emerge como questão de cidadania e a participação social como condição essencial para o seu exercício.

A matriz de origem das experiências de conselhos institucionais no campo das políticas sociais se organiza em diferentes setores políticos, significando uma experiência em construção no que diz respeito ao desenho de uma nova institucionalidade das práticas sociais de diferentes atores da sociedade civil e do estado. A constituição desses espaços tornou-se possível em virtude das mudanças que se constituíram no caráter nos movimentos populares que, no cenário do autoritarismo militar, redefiniram suas estratégias e práticas e passaram a considerar a participação constitucional como espaço a ser ocupado.

Algumas reflexões desenvolvidas indicam que existem muitos desafios para a consolidação dos conselhos tanto no campo governamental, quanto da sociedade civil. Sobre isso, Ciconello (2008) ressalta os desafios à consolidação da participação social no Brasil dizendo que dentro da burocracia estatal não há unanimidade no que se refere à participação social. Existem inúmeros gestores públicos que não estão dispostos a partilhar o poder fora do espaço da democracia representativa. Esses gestores relutam em efetivamente abrir-se para o diálogo com a sociedade e aceitar as deliberações oriundas de órgãos colegiados como os conselhos e as conferências.

Na sociedade civil, o reconhecimento da heterogeneidade dos atores e das concepções práticas, experiências e propostas acumuladas geradoras de múltiplos interesses e demandas, nem sempre convergentes, desafia o estabelecimento da agenda comum que deve orientar ações e decisões coletivas. Na atualidade, os conselhos vêm se organizando em diferentes setores das políticas sociais e estão assumindo importância crescente como espaços de participação social nas distintas esferas da ação governamental. A composição mista e paritária e a natureza deliberativa de suas funções, como estabeleceu a formatação legal que orienta sua

implementação, constitui uma das principais inovações democráticas no campo das políticas sócias no país (RAICHELIS, 2011).

Ao analisar o significado dos conselhos na área da saúde, pode-se observar que eles têm relação com os grupos populares e emergiram com a unificação dos movimentos que reivindicavam melhores condições de saúde e saneamento básico nos anos de 1970. Assim os conselhos de saúde tinham grande representatividade, mas não eram deliberativas e nem autônomos na gestão dos recursos o que dificultava a tarefa básica de fiscalização que deveriam desempenhar (RAICHELIS, 2011).

Levando em consideração que as políticas sociais constituem um campo contraditório no estado capitalista, pois ao mesmo tempo em que atendem alguns setores populares, também satisfazem a necessidade de legitimação do sistema dominante, o controle social na política social tem por fundamento a concepção de uma forma de ação reguladora resultante da participação popular nas instancias estatais e ou ações governamentais, com vistas a assegurar que as políticas públicas sejam planejadas de modo que respondam as necessidades sociais e seus programas sejam cumpridos conforme o que foi acordado (PEDRINI et al, 2007).

Para Simões (2007) a participação social é o meio de controle social, exercido pela sociedade civil, para garantia dos direitos sociais, superando os mecanismos tradicionais de controle técnico-burocráticos. Os espaços democráticos de deliberação e fiscalização da eficácia das políticas públicas somados a uma representação forte dos interesses gerais das sociedades constituem a lógica do controle popular das políticas públicas, assim os conselhos e as conferências instituem fóruns privilegiados em que se efetiva essa participação.

3 CAPÍTULO II – OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELA PESQUISA: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS COMO OBJETO DE ESTUDO

3.1 Delineamento Metodológico do Estudo

O estudo realizado foi de caráter exploratório, descritivo, explicativo, pois se desejava, além de melhor conhecer sobre a participação dos conselheiros, apresentar como ela acontece, quais as suas características singulares no CM de São Lourenço do Sul e, ainda, explicar os diferentes elementos que constituem o fenômeno, isto é, que produzem de forma concreta o exercício do controle social por usuários naquele Conselho. Para isso, optou-se pela abordagem qualitativa, pois não existe a pretensão de focar a análise do fenômeno, segundo a quantificação de dados relacionados ao segmento de usuários, e sim, de considerar a qualidade dessa representatividade no Conselho, para poder entender e interpretar essas representações, observando as determinações e transformações que elas possam provocar no conselho, e principalmente, na política de saúde municipal (MINAYO, 2013).

Destaca-se que esta pesquisa teve por base os princípios éticos que foram assegurados conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da saúde. Usou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que o participante tem total liberdade para participar, recusar-se ou desistir sem nenhum prejuízo para si e para o pesquisador (BRASIL, 2012). O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas aprovou a pesquisa sob o parecer número: 1.139.810 de 06/07/2015.

Em um primeiro momento a pesquisa e a pesquisadora foram apresentadas em uma das reuniões do CMS de julho de 2015. Nessa mesma reunião a pesquisa foi colocada na pauta e a mesma foi aprovada por unanimidade. Os dados dessa primeira reunião foram todos anotados em um diário de campo e algumas entrevistas já foram agendadas com os conselheiros que atenderam aos critérios de inclusão. O diário de campo serviu como uma memória do que a pesquisadora observava no campo e que poderia ser usado mais tarde, principalmente para complementar as informações não encontradas nas atas das reuniões e/ou no regimento interno. Os dados do diário de campo foram utilizados principalmente para compor as informações apresentadas no item 3.2.

As entrevistas foram agendadas diretamente com os conselheiros e foram feitas no local indicado pelos mesmos.

3.2 Caracterização do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

O estudo foi desenvolvido no Conselho Municipal de Saúde do Município de São Lourenço do Sul/RS, escolhido por fazer parte da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS) que engloba 22 municípios pertencentes à região de saúde 21 (região sul do RGS). A 3ª CRS tem sede em Pelotas e é uma das 19 unidades descentralizadas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) que reproduzem,

em nível Regional, toda a representatividade das áreas e setores da SES, exercendo funções de apoio administrativo, logístico, técnico, regional e articulação interfederativa (BRASIL, 2015).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de São Lourenço do Sul situa-se no Estado do Rio Grande do Sul, há 201 km de Porto Alegre. O município possui uma população estimada de 44.520 habitantes (2014), dos quais aproximadamente 23.400 habitam na zona urbana e 20.200 na zona rural, em uma área aproximada de 2.036,125 km² de extensão, com bioma típico do pampa (IBGE, 2010).

A principal atividade econômica de São Lourenço é a agropecuária, com destaque para suínos, bovinos, laticínios, milho, feijão, soja, arroz, batata, cebola, fumo, aspargo, pimenta, alho e amendoim. Das terras de São Lourenço, 95% pertencem a pequenos e médios produtores (SÃO LOURENÇO, 2015).

Conforme o regimento interno do CMS de São Lourenço do Sul (CMS-SLS) – RS – Brasil, lei municipal nº 1671 de 30 de outubro de 1990, este órgão é a instância máxima deliberativa nesse município e tem como competência planejar, fiscalizar e avaliar o sistema de saúde do município.

O CMS-SLS tem caráter permanente e deliberativo, consiste em um órgão colegiado composto por 36 segmentos/entidades, com 50% de representantes dos Usuários, 25% de representantes dos Prestadores de Serviços e do Gestor e 25% de representantes dos Trabalhadores da Saúde, em conformidade com a resolução nº 453-CNS (BRASIL, 2012).

As assembleias ordinárias do conselho são mensais e ocorrem na terceira sexta feira do mês, pela manhã em uma sala específica do conselho dentro da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço. As assembleias extraordinárias são convocadas sempre que o núcleo de coordenação entende necessário, ou por um terço dos membros ou ainda pelo presidente do CMS-SLS.

3.2.1 Composição do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

O CMS-SLS é composto por 36 conselheiros (e igual número de suplentes) distribuídos em quatro grupos: governo; prestadores de serviços; trabalhadores de saúde; e usuários, sendo esse de representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. O conselho tem um presidente, um vice-presidente e um núcleo de coordenação. A cada semestre é feito um revezamento entre o conselheiro titular e o suplente. Os representantes são escolhidos e/ou indicados formalmente por seus segmentos da maneira que lhes for apropriado (cap. IV, artigo 8º. Parágrafo 4º). Atualmente o presidente e vice-presidente do conselho foram eleitos em Assembleia Geral Ordinária de setembro de 2014, por um mandato de dois anos.

As deliberações em assembleia geral são tomadas quando a mesma tiver um quórum mínimo de 16 conselheiros e todas elas são registradas em ata que deverá ser aprovada na próxima assembleia.

O quadro a seguir (Quadro 2) mostra os segmentos que atualmente compõem o CMS de SLS.

Quadro 1: Segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

Segmentos	Entidades
Prestador/Gestor	SMSBES - Secretaria Municipal de Saúde
	SEPLAMA - Secretaria Municipal de Planejamento e Meio Ambiente
	SMECD - Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desporto
Trabalhadores da Saúde	Agentes Comunitários de Saúde
	Auxiliares e técnicos de Saúde Bucal
	Cirurgiões dentistas
	Delegacia do sindicato Médico de SLS
	Enfermeiros
	Psicólogos
	Profissionais da Estratégia de Saúde da Família
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem
Usuários	Desistiu
	Associação Amigos Bairro Navegantes
	Associação Moradores Barrinha
	Associação Moradores Santa Terezinha
	Associação Moradores Boqueirão
	Associação Trabalhadores Rurais Rincão Azevedo
	Associação Trabalhadores Rurais Faxinal
	Associação Produtores Rurais Santa Inês
	Movimento de Consciência Negra
	Comunidade Evangélica
	Paróquia São Lourenço
	Sindicato dos Municípios de São Lourenço do Sul
	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
	CLS Barrinha
	CLS Lomba/Medianeira
	CLS Coqueiro
	CLS Navegantes
	CLS Santa Terezinha
	CLS Nova Esperança
	CLS Santa Tereza
CLS Santa Galo	
CLS Boa Vista	
CLS Boqueirão	
CLS Santa Inês	
CLS Harmonia	

Fonte: Sistematização da autora

As instituições com representatividade no conselho deverão ser participativas e sua frequência é observada nas assembleias geral, ordinária e/ou extraordinária. Desse modo é estabelecido por lei que os representantes não podem ter mais do que duas faltas consecutivas ou três faltas intercaladas no período de um ano. Caso o estabelecido acima não seja cumprido, a lei prevê a substituição do conselheiro.

3.2.2 O Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul/RS

O núcleo de coordenação é composto por 8 membros com a seguinte representatividade: 1 representante do governo (área da saúde); 1 representante dos prestadores de serviço; 2 representantes dos trabalhadores da saúde e 4 representantes dos usuários. Seus representantes são eleitos pelos seus segmentos para um mandato de 2 anos. O núcleo de coordenação atua e delibera com poderes delegados pela plenária e quorum mínimo de 50% mais 1 de seus membros.

O núcleo tem como atribuições operacionalizar as deliberações da assembleia, elaborar o protocolo de denúncias (devendo esse ser elaborado e aprovado pela assembleia), investigar as denúncias protocoladas na secretaria do SMS-SLS, assumir a responsabilidade pelo conselho na ausência do seu presidente e vice-presidente, formalizar a inscrição dos participantes na assembleia e comunicar aos CMS-SLS os resultados obtidos na sua atuação.

O núcleo poderá ser assessorado por comissões técnicas, de finança, de fiscalização e outras sempre que julgar necessário, a fim de obter parecer conforme deliberação em assembleia geral.

3.2.3 A participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde de São Lourenço do Sul

Com vistas à descentralização das ações de Controle Social o CMS-SLS instituiu os Conselhos Locais de Saúde (CLS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O município conta com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atualmente, SLS possui 04 CLS na zona urbana e 07 CLS na zona rural e têm como objetivos a descentralização das instâncias de Gestão e Controle Social, a ampliação do Controle Social, o compartilhamento da gestão das UBS, o envolvimento dos usuários e trabalhadores de saúde com a gestão democrática do serviço de saúde, a decisão sobre a política de saúde municipal e a adequação do funcionamento do sistema de saúde municipal à realidade local de cada comunidade.

As assembleias dos CLS acontecem nas comunidades em locais como igrejas, associações de trabalhadores e casas comerciais. A periodicidade das reuniões é mensal, e tem um cronograma previamente definido no CMS/SLS e divulgado pelas ESF e conselheiros para que a comunidade possa se organizar para participar.

Com a implantação dos CLS o município pretende ter uma Política de Saúde mais resolutiva, onde a comunidade tenha um envolvimento com as questões da saúde, podendo resolver nas reuniões locais alguns problemas e dificuldades no atendimento em saúde. Os CLS também fiscalizam a qualidade do atendimento prestado pelas ESF que os atendem, promovem o incentivo a participação em Fóruns e seminários sobre o SUS e desenvolvem propostas para melhorar os serviços de saúde.

3.2.4 Realização das entrevistas com os representantes dos usuários do CMS-SLS

As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado, (Apêndice C) com os conselheiros representantes dos usuários para analisar a participação dos mesmos e foram realizadas pela pesquisadora durante o período de julho a setembro de 2015. As entrevistas foram gravadas depois da autorização dos entrevistados e posteriormente degravadas para futura interpretação dos resultados.

Os representantes foram selecionados intencionalmente, segundo os critérios de participação na pesquisa que eram: pertencer ao CMS desde o início da gestão atual; ter frequência superior a 50% nas reuniões do Conselho; concordar em participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual garantiu o anonimato dos participantes e o direito de desistência em qualquer período da pesquisa.

Do total de 18 conselheiros que representam os usuários no CMS de SLS, 13 atenderam aos critérios de inclusão. Destes, 10 participaram efetivamente da pesquisa, já que um não compareceu a entrevista agendada, um estava afastado por problemas de saúde e um estava com problemas de saúde na família.

3.2.5 Atribuições e Perfil dos Conselheiros Representantes dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

De acordo com o Capítulo 7, Artigo 26 da Lei Municipal de São Lourenço do Sul nº1671 de 30 de outubro de 1990, é atribuição dos membros do SMS-SLS: participar das atividades do SMS-SLS; discutir com os membros do seu segmento assuntos aprovados pelo SMS-SLS; encaminhar ao SMS-SLS propostas de sua comunidade/grupo; relatar e fiscalizar as atividades na área da saúde realizadas em

sua área de atuação; e outras atribuições determinadas por instrução e normativa ou por assembleia geral.

No que se refere ao perfil dos conselheiros representantes dos usuários entrevistados, há predominância de mulheres, sendo seis mulheres e quatro homens. Com relação à faixa etária, verificou-se que três entrevistados apresentam idade entre 26 e 32 anos, cinco entre 41 e 57 anos e dois com 70 anos. Assim, pode-se perceber que a maioria, 07 pessoas, têm mais de 40 anos de idade.

A escolaridade dos participantes variou de três pessoas com ensino fundamental incompleto e completo uma pessoa, um com médio incompleto e dois completo, dois com ensino superior incompleto e um com pós-graduação. Quando analisada a faixa salarial, identificou-se que a maioria, seis conselheiros, têm uma faixa salarial de um a três salários mínimos. Dois participantes ganham até um salário mínimo, seis pessoas recebem de um a três salários mínimos, um tem renda de três a cinco salários mínimos, e um ganha de cinco a dez salários mínimos.

Quanto à ocupação, 5 são aposentados. A outra metade trabalha, dois como agricultores, um é professor estadual, um trabalha em escola municipal, um é trabalhador do comércio.

No que se refere ao tempo de atuação no CMS, a participação variou de mais de um ano a 15 anos como conselheiros, sendo que quatro conselheiros são membros do CMS há mais de dois anos, dois são membros há mais de 15, um conselheiro a mais de cinco anos, um a mais de quatro anos, um a mais de três anos. Assim, percebe-se que nove conselheiros (90%) são membros do CMS há mais de dois anos.

As entidades que os participantes representam no CMS de SLS estão relacionadas no quadro a seguir.

Quadro 2: Entidades representadas pelos conselheiros participantes da pesquisa

Segmento	Entidades/ organização que representa
Usuários/ Participantes da pesquisa	Associação dos Moradores do Boqueirão e Vice-presidente do CMS
	Comunidade Evangélica de Confissão Luterana no Brasil
	Associação amigos Bairro Navegantes
	Conselho Local de saúde – CLS – Sta. Inês
	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
	Paróquia São Lourenço
	CLS Santa Terezinha e Nova Esperança
	Sindicato dos Municípios de SLS–SIMUSUL
	CLS Boqueirão/ Boa Vista
	Associação de Trab. Rurais do Rincão dos Azevedos e Arredores

Fonte: Sistematização da autora

Os conselheiros também foram questionados sobre a atuação em outras entidades. Podemos observar que a maioria (90%) tem atuação em outras entidades. As entidades rurais contam com atuação de cinco conselheiros, as urbanas possuem seis, e as religiosas têm participação de três conselheiros.

Destaca-se que alguns conselheiros participam de duas ou mais entidades ao mesmo tempo e isto, aliado ao tempo de atuação que na maioria supera dois anos, fortalece o exercício do controle social e a defesa de interesses da comunidade que estes conselheiros representam, pois é preciso que o exercício do controle social se dê dentro e fora dos conselhos de saúde. Estando inseridos dentro de espaços de participação dos conselhos e em outros espaços eles podem ter uma visão mais ampliada das necessidades da comunidade que representam.

Sobre participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) Soratto et al. (2010) traz que o SUS é um sistema que se fundamenta na perspectiva política e na democracia, tendo na sua estrutura, pilar importante, a participação popular e controle social. A constituição do controle social em espaços participativos locais de saúde torna-se muito importante para a população, pois amplia ainda mais a

descentralização das decisões e permite que a população acompanhe, avalie e indique prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela respectiva ESF. Após a constituição e implementação dos Conselhos e Conferências de Saúde, um espaço que ganhou importância na relação participativa dos usuários com os setores político-administrativos foi o espaço local, o território, que agora pode aparecer na esfera pública, e o indivíduo que vive neste local, antes anônimo, aparece com identidade e expõe suas questões sobre a mesa de debate.

Ainda Soratto et al. (2010) reafirma que a participação institucionalizada, apesar de ser muito importante, não pode nem deve substituir os ambientes de participação não institucionalizados que se consolidam por meio de movimentos e grupos sociais, e podem ainda assim manter entre si uma relação de articulação e fortalecimento. Entende-se que a participação em saúde só é participação quando esta gira na ótica do controle social, sendo que este só é efetivado quando por trás dele existe uma população participativa e organizada, que luta pelo cumprimento dos seus direitos e quer ser ator dos processos de transformações sociais.

3.3 Procedimentos usados para análise das entrevistas com os Conselheiros Representantes dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

As entrevistas foram consideradas um discurso específico que, transcritas, constituíram textos que propiciaram a análise de seus conteúdos. A análise das entrevistas foi feita seguindo a proposta operativa da análise discursiva de Minayo, que possibilita analisar o discurso concebido para trabalhar com a fala em seu contexto, sendo utilizado como alternativa às praticas tradicionais de análise de conteúdo (MINAYO, 2013).

Primeiro as entrevistas foram ouvidas e posteriormente degravadas. Em um segundo momento foi feita uma “Leitura flutuante” da descrição, para buscar apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que os mesmo tentaram transmitir e os momentos-chave e suas posturas sobre o tema em foco.

Após, foi feita uma análise final dos dados estabelecendo relações, cruzamentos, e interconexões entre os diferentes dados obtidos, para ir além da aparência, buscando a essência do fenômeno investigado, considerando as categorias da historicidade e da totalidade constituintes do método dialético-crítico (NETTO, 2011).

Esta análise final teve o material empírico como o ponto de partida e o ponto de chegada, realizando um movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral. Assim, esse movimento permite chegar à explicação do fenômeno pesquisado pela explicação das múltiplas determinações que o constituem e reproduzem. A exposição das descobertas realizadas pela pesquisadora será o que pode se chamar de “o concreto pensado” (NETTO, 2011).

4 CAPÍTULO III - ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS

Para apresentar o resultado da análise da participação dos conselheiros representantes dos usuários optou-se por partir das próprias palavras dos conselheiros. Para possibilitar a diferenciação entre os mesmos sem identificá-los, foram atribuídas siglas com a letra inicial de Conselheiro (C) seguida do número atribuído à transcrição da entrevista (de 1 a 10). Considerando que as oito primeiras perguntas da entrevista referiam-se ao perfil dos entrevistados, já apresentado anteriormente, apresenta-se, a seguir, a análise das perguntas semi-estruturadas que correspondem de nove a dezenove (ANEXO C).

Na pergunta que teve como objetivo principal explicar o que faz com que os conselheiros representantes dos usuários ocupem essa tarefa e levem a cabo suas obrigações frente à comunidade que representam, os mesmos mencionaram principalmente sentimentos de solidariedade para com os usuários que necessitam de atendimento gratuito, sentimento esse associado ora com o interesse de conhecer o funcionamento da política e do conselho, ora com o desejo “de lutar” por um bom atendimento, como fica evidenciado nas falas a seguir:

[...] eu gosto da área da saúde, eu gosto de ajudar, eu gosto, de ver como está funcionando o conselho. Então o meu interesse maior, era de ver como funcionava aqui dentro, de ver o que era o conselho, quais as reclamações que chegavam aqui, porque, o usuário critica e o que ele elogia. (C8)

[...] eu luto muito pelo nosso público pobre né [...] então assim, se nós não tivermos alguém que lute, o nosso povo vai ficar à mercê de coisas muito erradas, infelizmente. (C3)

Interessante observar que pode, também, estar incluída na motivação uma posição paternalista em relação aos mais pobres. Mesmo assim, nota-se que os conselheiros identificam-se com a participação em espaços de luta por suas necessidades, possuem interesse em conhecer melhor como funciona esse espaço de decisão, aqui o CMS, e a área da saúde e são incentivados pelo seu segmento para representação social dentro do conselho.

A participação ativa dos conselheiros nos conselhos de saúde se configura um desafio para o exercício do controle social. Cotta et al (2010), fez um estudo que envolveu conselheiros municipais de saúde do município de Viçosa-MG e identificou que 48,3% da sua amostra participa como conselheiro para poder “contribuir, planejar e controlar as Políticas de Saúde para a melhoria da qualidade de vida das pessoas”, o que em parte coincide com o objetivo dos conselheiros entrevistados nesta pesquisa.

Ao serem questionados sobre a maneira como foram escolhidos para ingressar no conselho, a maioria disse que foi indicada pelas entidades que representam (50%) sem votação pelo segmento, um afirmou ter sido convidado por uma pessoa que trabalha na saúde, outro relatou ter sido convidado por uma pessoa da gestão e somente dois conselheiros (20%) disseram que foram escolhidos por votação em reunião de sua entidade.

Portanto, a forma de ingresso é um fator importante a ser revisado, pois o baixo número de conselheiros que ingressam através de eleição desfavorece a ativa

participação da sociedade e a renovação dos membros do conselho (SALIBA et al, 2009).

Quando os representantes são eleitos pelas comunidades que os representam, os mesmos sentem-se mais comprometidos para atuar em favor das demandas do grupo ou entidade que representam. Além disso, a eleição garante legitimidade ao conselheiro que está ali como representante de uma escolha feita pela maioria da entidade. Se a comunidade não conhece seu conselheiro ou não o legitima, a representatividade e legitimidade desses fóruns ficam ameaçadas (WENDHAUSEN et al, 2006).

No Brasil, os movimentos populares ainda estão longe de tornar duráveis suas conquistas porque sofrem de elementos de fugacidade, precariedade, dispersão, imediatismo e voluntarismo. Ainda que significativa, de fato, a grande constelação das suas formas não consegue encontrar caminhos para organizar suas forças ao redor de um projeto aglutinador e hegemônico em condição de agregar as irrupções na "praça" com um projeto econômico-social que faz avançar realmente a sociedade inteira, levando-a a passar do campo individual e corporativo ao âmbito de um Estado "ético-político". No cerne dessas lutas, muitas são as inspirações que os movimentos populares derivam de Gramsci, em particular, quando estes manifestam estar convencidos de que para sair da condição de subalternidade é preciso ter o espírito de ruptura e de conquistar de forma progressiva a própria personalidade histórica (SEMERARO, 2014).

Já que a maioria dos conselheiros entrevistados não havia sido eleita e sim indicada, é interessante verificar como eles se articulavam com as entidades, por entender ser esta uma maneira fundamental para garantir a totalidade na representação.

Os dados obtidos evidenciam que ao serem questionados sobre a frequência com a qual se reúnem com as entidades, 70% disseram que se reúnem uma vez por mês. Nessas reuniões os conselheiros informam à comunidade o que foi discutido nas reuniões do conselho (pauta),

[...] eu anoto a pauta, se foi aprovado, se não foi, sobre o que significa, qual a importância e repasso para eles. Após eu monto a pauta no conselho local para ter o registro. (C7)

[...] geralmente informações mais detalhadas eu coloco nas nossas reuniões, dentro da realidade que está os postos de saúde, como está funcionando, se mudou alguma coisa, vamos ter outros profissionais atendendo, a gente acaba fazendo esse meio campo com o nosso associado que lá fora é o mesmo usuário dos postos de saúde. Todo esse serviço de saúde a gente acaba sendo um elo de ligação... a gente muitas vezes serve como um elo de ligação [...].(C5)

Essas duas falas indicam que os conselheiros repassam aos representados o que é deliberado no Conselho. Entretanto, não apareceu em nenhuma entrevista o conselheiro questionando sobre o que ele deveria apresentar ao Conselho como demanda da entidade, nem foi citado que houvesse discussão sobre a qualidade do que está sendo decidido.

Para que um conselheiro possua qualidade na sua representação é necessário que o mesmo possa dialogar com a sua comunidade e levar ao conselho as demandas da mesma, para que as demandas apresentadas no Conselho sejam de fato representativas e legítimas. Nesse sentido, Martin et al (2013) ao afirmar que : “[...]ter acesso à informação sem apropriar-se de seu significado, sentido e contexto empobrece o potencial de uso da informação nas discussões sobre as políticas de saúde”, alerta para que o papel dos conselheiros ao longo da sua atuação, possa ir se qualificando cada vez mais. Se inicialmente eles começam informando sobre as decisões para as entidades e fiscalizando o atendimento, eles devem evoluir e atuando de forma de fato representativa, conseguirem chegar a ser propositivos e também deliberativos. Mas, para isto, precisam conseguir mediar o diálogo entre os representados e a gestão municipal de saúde, o que implica em conhecer as necessidades, representar os interesses e defender os direitos dos usuários.

Na tentativa de melhor avaliar a legitimidades da atuação dos conselheiros, os mesmos foram questionados se apresentavam no CMS as reivindicações das

suas entidades. Dos dez entrevistados, oito disseram que apresentam as demandas de sua comunidade no CMS. Desses oito, cinco disseram que quando há alguma reclamação por parte da comunidade, eles a levam para ser colocada em pauta no dia da plenária do conselho, como evidenciado pela fala abaixo:

Quando tem uma queixa, uma coisa, uma sugestão, ai eu trago. (C1)

Ao falar da “queixa” fica sugerido que existe a necessidade de uma leitura mais crítica do papel do conselheiro, já que não há uma tentativa de avaliação do problema para já levar ao conselho uma reclamação já com proposta para a resolução do mesmo.

Por outro lado, as falas evidenciam que a busca de conhecimento sobre o funcionamento e regimento do conselho contribui para que o conselheiro qualifique a sua representação, no sentido de ter mais poder de decisão na defesa dos interesses de seu segmento,

Pois é [...] Antes eu não sabia, antes me passaram que eu tinha que passar tudo pelo núcleo, primeiro, só que devido a esses últimos acontecimentos eu pedi os regimentos, e eu agora, estou expert nos regimentos. Agora, eu sei até os artigos, então assim.... Eu não preciso - por mais que o Doutor X diga que é banal as coisas que eu levo para a reunião do Conselho, não é, consta em lei - eu posso levar o que eu quiser, não precisa só passar pelo núcleo. (C3)

Desse modo, são evidentes as potencialidades que se expressam quando um conselheiro mostra saber a importância da participação dos usuários dentro do espaço do conselho, ressaltando a importância da educação continuada dos conselheiros, já que no processo de apoderamento uma participação mais qualificada pode leva-los a se interessar e buscar mais conhecimento, mais poder. Esta constatação é significativa na medida em que pode opor-se à resistência de

algumas pessoas quanto à participação dos usuários por estes desconhecerem a legislação sobre a política da saúde.

Foi possível, também, perceber que há conselheiros que sabem que a sua força vem da base que representam, conforme manifesta a transcrição a seguir:

[...] Muitas vezes eles pedem para trazer, e aí muitas vezes quando a coisa é mais séria eu até peço para que eles venham e acompanham junto aqui [...]. (C10)

Porém, a representação é heterogênea, havendo quem revele desconhecimento do que ali fazem e do que representam, confundindo a sua atuação:

Eles nunca me pediram pra passar nada. Geralmente nunca fala da religião né, É mais um negócio de saúde então eu não posso ajuda [...]. (C6)

O conselheiro desconhece que, independente do tipo de entidade, ele no Conselho deve defender a questão da saúde e, mais particularmente, das pessoas que participam da comunidade que ele representa.

Duarte et al (2012) ao analisar o exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé encontrou dados similares aos desta pesquisa em relação as dificuldades encontradas pelos conselheiros, ressaltando o fato da falta de capacitação dos conselheiros, o que possui um impacto muito grande na sua participação efetiva e democrática dentro dos conselhos. De acordo com Kleba et al (2010) a efetividade dos mesmos passa por sua capacidade de serem ativos e capazes de construir consenso em torno da geração e elaboração das políticas públicas. Portanto, para que os conselheiros possam atuar com legitimidade dentro dos conselhos, os mesmos devem saber o que é um conselho, como o mesmo atua, qual o seu regimento e quais as suas atribuições dentro do mesmo.

Quando questionados se a representação dos usuários no CMS-SLS já obteve conquistas para a implantação da Política de Saúde do município, 60% dos conselheiros concordaram que existem ganhos decorrentes da representação deles no conselho. Porém, alguns conselheiros denunciam que este assunto precisa ser mais debatido entre eles,

[...] Olha assim, como diz o outro nunca parei pra pensar nisso ai a gente graças ao bom Deus tá indo muito bem nessa saúde aqui e no trabalho que a gente faz né. Isso ai é um conjunto como diz o outro. (C1)

Dar uma resposta específica, eu não saberia dar uma resposta, mas observando o movimento geral, os resultados gerais, Eu acho que o resultado aparece que nós ficamos sabendo do que acontece, Do porque acontece uma demissão, ou uma contratação [...]. (C7)

Eu acho que sim, porque, a questão dos agentes de saúde né, da gente ter já essas visitas, a gente fez um tempo aqui [...]. A gente até sugeriu né, formulários de satisfação né, para ser distribuído, eu até não consegui ir nessas visitas, a gente ia fazer assim, dos conselhos tipo, pegarem quatro ou cinco representantes e fazer visitas para saber como é que tava né. (C8)

No entanto, alguns conselheiros mostraram-se mais reflexivos e conseguem ver que avançaram em algumas questões enquanto conselho, citando, por exemplo, a conquista de um médico-especialista – traumatologista e a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF),

Sim [...] desde que tenha respaldo da maioria [...] por exemplo, esse mesmo caso que eu te citei do traumatologista, a população queria um traumatologista [...] então agora tem um traumatologista, acho que é uma conquista né [...] a gestão conseguiu se mobilizar. (C2)

Com certeza, eu acho que até, vamos dizer, a construção do posto lá de Santa Inês foi uma coisa assim que a gente batalhou e lutou até conseguir [...]. (C4)

Eu acho que já... Uma já é [...] esses postos de família, é uma conquista muito grande, porque no início quando eu comecei, nós tínhamos um posto lá mal, um lugar precário, difícil, o médico vinha uma vez por semana se vinha, era raro difícil né... Muito difícil... E agora não né, a coisa tá bem esquematizada lá, tem médico todos os dias... Tem dentista. Se tu quer receitas tem, todas as quartas. Tu vai lá no posto e consegue tirar receitas, então é tudo bem esquematizado sabe, então, teve um grande progresso, um grande [...].(C10)

Embora as falas dos conselheiros careçam de um maior aprofundamento sobre a política macro da saúde municipal, o que se identifica é que a saúde de São Lourenço do Sul possui uma rede de Estratégia de Saúde da Família com ampla cobertura e um serviço de atenção psicossocial bem estruturado (CAPS atendendo adultos, crianças e usuários de álcool e outras drogas e uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral), que foram conquistados com a participação do conselho.

Discorrendo sobre a atuação política dos conselheiros, Cotta et al (2009) destaca que os conselhos possuem um caráter de ambiguidade, onde a possibilidade de poder construir políticas públicas ainda esbarra em uma cultura política na qual prevalecem as referências autoritárias que a sociedade brasileira ainda carrega em si desde o tempo da ditadura. A escassez de informação a respeito dos processos políticos e do seu papel enquanto conselheiro limitam a eficácia da atuação dos conselheiros e levam a condutas de submissão e conformismo em detrimento das práticas de participação e controle social. Desse modo, existe a necessidade de expandir o processo de empoderamento dos atores locais com a finalidade de fortalecer o exercício do controle social e para tanto, é necessário propor espaços de discussão e capacitação dos conselheiros sobre sua função de representação social e promover a identificação do conselho como um lugar de manifestações de interesses distintos em prol do benefício da sociedade como um todo.

Ao serem questionados sobre o fato de conseguirem ou não exercer influência na Política Municipal de Saúde os conselheiros respondem que os mesmos possuem influência. Ao analisar as respostas, percebe-se que eles têm

uma concepção de influência na política que abrange aspectos como: ter uma opinião; ter um bom relacionamento com o grupo e ter o direito de falar em público, como fica claro pelas falas a seguir:

Puxa como é que eu vou te explicar, nem sei como é que eu vou explicar sobre... Por intermédio do conhecimento né. Conhecimento com o conselho, conhecimento com as pessoas que eu graças a Deus me dou com todo mundo. (C1)

Toda hora, todos os dias. Porque eu me dou com todo mundo [...]. (C3)

Acredito eu que sim, porque pelo menos na minha visão muitas vezes uma simples opinião um direcionamento tu consegue ajudar na construção da política [...]. (C5)

[...] o que eu noto assim nas reuniões, essas que ocorrem aqui [...] que a voz da gente é ouvida. A gente tem todo o direito de explanar, de perguntar. É respondido em tudo sempre, acho que cada conselheiro pode falar e tem respaldo nas questões que coloca [...]. (C2)

[...] eu não levo muitos assuntos, eu só levo aqueles que eu vejo que estão extremamente errados. Ai eu levo. Eu não sou de levar muitos assuntos [...]. (C6)

Embora eles digam que possuem uma relativa influência, suas falas denotam que os mesmos não têm total clareza sobre como deve acontecer o exercício do controle social, confundindo a obtenção de informações - inerente ao papel de fiscalizador - com o recebimento de dados por méritos pessoais.

Vasconcelos et al. (2013) diz que na sociedade civil, a classe dominante direciona-se no sentido de reafirmar o conformismo de garantir aos subalternos de que os mesmos serão cuidados. A história revela a dificuldade que as classes subalternas têm de atingir um nível de reflexão crítica no que diz respeito às relações de dominação a que são submetidas. Deste modo, em Gramsci, a superação da subalternidade determina que se elabore uma concepção de mundo

crítica e coerente, indispensável para ir além do senso comum e tornas as classes subalternas capazes de produzir uma contra-hegemonia. Ainda ressalta-se que todos, de alguma forma, colaboram para a reprodução ou transformação do senso comum, entretanto, a classe dominante o faz com vistas a desmobilizar as iniciativas críticas que emergem das classes subalternas.

Alguns conselheiros demonstraram ter maior controle sobre conhecimento de influência política quando discorreram sobre a possibilidade das políticas serem aprovadas pelo voto, isto é, pelo poder deliberativo dos conselheiros. Eles reconhecem, ainda, o poder de fiscalização e denúncia do conselho e da importância do coletivo para as decisões sobre a política, conforme pode ser percebido nas transcrições a seguir:

Eu acho que sim [...] pelas coisas que são aprovadas aqui, eu acho que pela votação [...]. (C4)

Eu acho que sim. Quando vejo que não tá funcionando, que tem alguma coisa errada, eu vou lá e procuro o pessoal, venho ali faço a reclamação [...] e digo olha tá errado vocês têm que prestar mais atenção, tem que fazer diferente [...]. (C8)

Eu isoladamente acho que não, mas considerando que nós nos reunimos aqui no Conselho Municipal. Nós conselheiros [...] aí tem assuntos que são semelhantes, aí dá apoio ao outro, e daí o secretário acolhe e vê a possibilidade de fazer, nesse sentido eu noto bastante essa influência, mas o importante é trabalhar em conjunto. (C7)

O que se percebe é que há diferenças entre os conselheiros, já que o primeiro grupo de falas transcritas anteriormente atribui sua influência apenas a alguns aspectos que englobam a questão do alcance político e o segundo grupo de falas entende que influenciam politicamente nas decisões tomadas dentro do conselho. Para este primeiro grupo, pode-se pensar que exista a necessidade de uma maior capacitação que os permita ampliar o significado do que representa a sua função no conselho e, conseqüentemente, identificar com mais clareza que podem

influenciar na política de saúde, atuando de modo menos passivo e mais diretivo. Por outro lado, o segundo grupo demonstrou ter mais poder de influência e conhecimento sobre isso. O que indica que embora pertencendo a um mesmo segmento, no caso o dos usuários, existe uma diversidade de concepções e práticas no que diz respeito ao exercício do controle social.

Guizardi et al (2006) analisa a questão acima colocando que os conselhos só serão legítimos se os conselheiros entenderem esse espaço como um espaço de cidadania e de participação política, já que o esperado é que eles assumam um lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde.

Os conselheiros necessitam ter um profundo conhecimento da sua comunidade, e devem conhecer, também, sobre as orientações gerais da política da saúde, incluindo a questão do controle social, para que possam exercer a função de representantes propositivos e fiscalizadores dos serviços de saúde ofertados no município.

Ao serem questionados sobre quais aspectos representam obstáculos para a defesa dos interesses dos usuários, quase todos os conselheiros associaram os obstáculos aos próprios representados, revelando que ainda há fragilidade acerca do conhecimento sobre a política da saúde, os direitos dos usuários e a própria finalidade do Conselho por parte da população atendida. Ao possuírem fragilidades no seu conceito de participação política, os conselheiros podem enfrentar dificuldades para ajudar a comunidade a entender a relevância política do conselho.

Uma das falas comenta sobre a carência de entendimento por parte dos usuários do SUS a respeito da legalidade das suas demandas, já que algumas questões serão resolvidas de acordo com o que diz a lei e não de acordo com a vontade individual do usuário,

Acho que o próprio povo dos usuários no caso, que não entendem e as pessoas explicam, explicam, e eles não entendem e acham que tem que ser conforme eles querem e não conforme a lei. (C1)

Outro conselheiro, cita como entrave o caráter individualista das pessoas que reclamam, mas que não ocupam os lugares de participação popular, como explicitado abaixo:

As dificuldades eu colocaria, que o povo gosta de reclamar, mas não gosta de colaborar. Nós estamos lá no conselho de saúde, pegando o conselho local de saúde, 8 vagas para usuários nós estamos em 3. O pessoal não se disponibiliza pra doar uma hora da semana do mês pra participar da reunião, seja pro Conselho Municipal de Saúde, seja pro orçamento participativo. O pessoal, eles são muito individualistas, eles não pensam na comunidade. (C7)

Ainda se remetendo aos usuários, um dos conselheiros disse achar complicado lidar com os “*boatos do povo*”, se referindo as denúncias. Ele coloca que o conselheiro deve investigar muito bem antes de lançar uma denúncia na secretaria de saúde e que as mesmas precisam ser averiguadas, o que exige que o conselheiro tenha a habilidade de poder enxergar os dois lados da situação:

Olha, é complicado quando tu lidas com o povo, porque boatos sempre há. Tipo assim, tu tens que investigar muito bem para tu antes lançar numa secretaria [...] tu tem que cuidar muito que tu vai falar, porque tu tem que investigar [...]. (C9)

Considerando estas manifestações que os representantes emitiram sobre os representados o que se identifica é que há o risco dos conselheiros se afastarem da sua tarefa de defender os usuários e se tornarem aliados da gestão que estiver no governo. Isso demonstra a dificuldade de empoderamento dos usuários, já que eles mesmos tendem a assumir a ideologia da classe dominante, culpando os próprios usuários pela falta de uma efetiva participação com poder de decisão, ou acabam justificando a impossibilidade do atendimento, ou ainda, compreendendo que não é possível atender porque as reivindicações são exageradas.

Calvi (2007) fez uma pesquisa que teve como foco identificar que tipo de controle social embasou a criação dos conselhos de Políticas e de Direitos no Brasil nos anos 80 e analisar os limites e possibilidades do controle social no contexto atual. Para tanto teve como pano de fundo a participação da sociedade civil nos espaços dos conselhos. Assim ressalta que o sentido do controle social está ligado a capacidade de participação da sociedade civil organizada em propor, elaborar e implementar as políticas sociais. A autora cita diversos autores, entre eles Nogueira (1998), Coutinho (2003) e Fernandes (1986) os quais asseguram que a transição democrática no Brasil foi do tipo fraca e negociada, pois manteve traços do conservadorismo e autoritarismo político. Entretanto, estes mesmos autores destacam que apesar disso, ela trouxe alguns avanços no campo das políticas sociais. Alguns avanços destacados pela autora são a participação popular, a divisão de responsabilidades na execução, planejamento e financiamento das políticas sociais (Constituição Federal de 1988), e o Controle Social Democrático com a criação dos Conselhos, que trouxeram a participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação das políticas sociais. Sobre os obstáculos apresentados aos Conselhos para que realizem o controle social democrático Calvi (2007) destaca a baixa cultura de participação da sociedade civil; a despolitização da sociedade civil e dos espaços públicos, a política conservadora marcada pelo autoritarismo e pelo clientelismo; a resistência dos executivos em todos os níveis de dividir o poder de decisão com os conselhos, a falta de capacidade técnica e política dos conselheiros; a ausência de programa continuado de capacitação dos conselheiros; entre outros.

Os resultados obtidos com os entrevistados atestam a pertinência da análise da autora, Calvi (2007), na atualidade, pois comprovam que se por um lado a participação popular está acontecendo e obtendo algumas conquistas, falta uma maior capacitação dos conselheiros para que esta se efetive de forma mais qualificada.

Quando questionados sobre as dificuldades pessoais para a atuação como conselheiros o tempo disponível foi o fator primordial (60%). O fator deslocamento até o conselho também foi mencionado, mas a maioria vê sua participação como

uma atividade importante e relevante, o que nos faz perceber que as limitações individuais não interferem na sua atividade:

Eu particularmente não teria problemas na participação eu tenho às vezes problema com a minha agenda, mas quanto à participação é bem tranquilo não tenho tido problemas a gente é ouvido é muito respeitado os conselheiros eles tem uma participação muito boa não só eu como todos os conselheiros e tem tido vez e voz dentro do conselho. (C5)

[...] pra muita gente é o transporte né, que muita gente não tem condição depende de ônibus né e tem que sair de lá, por exemplo, as 5, 6hs da manhã [...] e depois o próximo ônibus que sai é só uma vez por dia tem muita dificuldade o que era o ex presidente daqui o xxx ele morava a 60km daqui né. (C1)

Eu não encontro dificuldade, é uma atividade que eu acho importante, até mesmo porque eu entendi a função do controle social, eu me sinto na verdade honrado de participar do Conselho de saúde, eu me sinto importante, como eu costumo dizer na nossa casa. (C7)

Quando questionados sobre as exigências que a atividade de ser representante dos usuários demanda do conselheiro, as falas demonstram que as principais exigências envolvem questões relacionadas ao fato de terem que estar atualizados sobre as reais necessidades de sua comunidade, saberem se os usuários estão satisfeitos, ou não, com a política de saúde do município, e ter uma escuta voltada para isso.

Para tanto apareceram relatos que destacaram a importância de estar em contato com seu segmento para que possam ouvir as pessoas e levar as reivindicações delas até o conselho.

Exige que eu esteja sempre atualizada nos problemas da minha comunidade [...] eu tenho que está sempre atualizada, e eu tô sempre atualizada. (C3)

[...] não adianta eu participar do Conselho Municipal de Saúde e às vezes tá com uma informação desatualizada, como é nossos associados todos os usuários como é que eles estão se sentindo dentro do sistema. Então eu preciso tá sempre atualizado conversando com nossos usuários [...]. (C5)

Eu acho que exige bastante atenção né, ouvir né, o usuário, a pessoa que tá lá [...]. (C8)

Um conselheiro enfatizou a necessidade de ter conhecimento sobre o SUS e seu funcionamento para que possa ter uma postura mais apropriada perante seus representados

Exige conhecimento do SUS, conhecer um pouco sobre como o SUS funciona, exige que eu tenha uma conduta mais adequada perante a comunidade, como eu sou um representante, eu tenho que ter uma conduta regular, isso aí é uma questão pessoal, e tem que ter boa vontade, pra responder as pesquisas, ir para as reuniões que teve em Pelotas, que fui convidado a participar da conferência [...]. (C7)

Outro fator destacado como uma exigência do cargo de conselheiro foi o que se refere às frequências nas plenárias, e a ter uma disponibilidade de poder assumir compromissos fora das reuniões também, como participar de conferências e congressos,

[...] exige um pouco de tempo assim que eu, por exemplo, quando sei que tenho reunião do conselho naquele dia eu procuro não marcar nada nenhum compromisso diferente né. Então um pouco de tempo pra participar das atividades, um congresso, uma conferência né. Algo além daquela reunião que eu sei que é mensal [...]. (C2)

Eles nunca me exigiram nada né, é só as frequências né. (C6)

Eles exigem a sua presença né [...] se tu não vem tem que dar satisfação, que eu acho uma coisa certa né, porque tu tá assumindo, teria outras entidades que de repente gostariam de estar no meu lugar aqui,

reivindicando [...] a participação também né, para tu botar o que é do interesse do município, saber que é para o bem deles né [...]. (C10)

Estas manifestações ratificam, também, análises anteriores demonstrando a diversidade entre conselheiros, pois esses revelam conhecer de fato o que necessitam para o desempenho adequado da função. Correia (2005) ressalta que o conselheiro deve conhecer bem o espaço do Conselho, seus limites e possibilidades, uma vez que neles estão representados interesses contraditórios. Neste sentido, o conselho deve desenvolver uma prática que vise à consolidação dos princípios do SUS e isto confirma o relato do conselheiro entrevistado que analisa a importância de ter conhecimento sobre o SUS para poder exercer de forma qualificada o seu papel de conselheiro. Outra questão que Correia (2005) traz e que vai ao encontro das falas dos entrevistados, quando estes se remetem à importância de estarem em contato com o seu segmento e que os conselheiros devem participar desse espaço de interlocução entre Estado e sociedade de maneira vigilante e atuante. Por isso o conselheiro deve direcionar sua atenção ao seu papel representativo, uma vez que ele não representa interesses individuais, mas os da coletividade. Daí a necessidade de se constituírem espaços de comunicação e articulação entre os conselheiros e sociedade para que exista a exposição, discussão e consulta sobre o que é acordado no conselho e assim garantir a representatividade do conselheiro com vistas a dar visibilidade às deliberações do conselho na sociedade. Sobre o fator deslocamento, que foi mencionado por alguns conselheiros como uma dificuldade pelo fato de morarem em zona rural e terem que pegar ônibus, a autora também traz que “as condições para a participação dos conselheiros podem ser facilitadas pelo órgão gestor competente, como exemplo, transporte garantido pela secretaria de saúde para os conselheiros que moram em regiões de difícil acesso [...]” (CORREIA, 2005, p. 139).

Já, quando questionados sobre qual a opinião de sua entidade sobre a sua participação no conselho, foram unânimes ao dizer que as entidades representadas estão satisfeitas com a sua atuação no conselho. Um conselheiro colocou que sua

entidade valoriza o fato de ele se posicionar frente às questões discutidas sobre a política de saúde no conselho,

Eles acham ótimo, porque nós tínhamos o representante que entrava calado e saía mudo e eu não. Eu debato com eles lá quando eu acho que a coisa não é pra ser [...]. (C3)

Outro entrevistado relatou que o fato de não poder reunir-se com muita periodicidade com os representantes, não impede que ele se comunique com as bases, já que isto é feito durante as reuniões com a diretoria e repassado como está sendo a sua participação para que os diretores tenham conhecimento disso. Mas, é interessante observar que a entidade, no caso, já tem esta prática de defesa dos interesses populares, pois ele comenta, também, que isto ocorre em outros conselhos, conforme pode ser identificado na fala que segue:

Conversam sim, a gente nós enquanto diretoria. Porque a gente não consegue se reunir com todos os associados de tempos em tempos muito seguido né, então, principalmente isso se passa mais nas assembleias gerais, mas nós enquanto diretoria e um diretor acaba questionando o outro como é que tá sendo a participação porque nós participamos em diversos conselhos, muitos conselhos. (C5)

Os conselhos locais também foram mencionados como sendo um espaço de trocas e que propicia a interação entre o representante, representados e equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na fala, a seguir, podemos observar que este conselho local consegue se articular e montar propostas com as necessidades da comunidade que serão levadas posteriormente para a plenária do conselho:

Nós conversamos [...] eu, o presidente, o xxx o conselheiro, o seu xxx Conselheiro, a agente de saúde, e as enfermeiras [...] os médicos também

participam [...] nós temos uma relação bastante aberta, bastante complementar, até mesmo na formação das pautas, eu pergunto pra eles, o que estamos precisando, em qual é a prioridade, aí eles me passam e fico por dentro dos acontecimentos, aí nós encaminhamos; então, pelo o que eu entendo, eles gostam [...]. (C7)

Um dos entrevistados se sente valorizado e incentivado a ter uma postura participativa e representativa ao identificar que o seu segmento está interessado na qualidade de sua participação nos conselhos,

Sim, eu sou muito elogiada, todas as reuniões que tiveram até agora, [...] disseram que em nenhuma outra gestão, antes, os Conselheiros participaram tanto como eu sou participativa, eu venho e trago pro sindicato o que foi colocado aqui [...] a gente tem a pauta do dia na reunião [...] aí eu entro e digo, hoje eu quero falar de tal conselho né, de todos os conselhos, eu coloco o que aconteceu, aí sou muito elogiada por isso. (C8)

Pode-se perceber que alguns segmentos tem uma postura crítica sobre a atuação do conselheiro e sobre sua função, já que eles o estimulam a participar mais ao identificar que a saúde municipal está apresentando fragilidades e que estas devem ser destacadas pelo conselheiro dentro do conselho para que a gestão municipal de saúde tome providências para melhorar. A fala a seguir indica esta afirmação:

Falam. Eu acho que eles têm até assim... Tem gostado sabe. Só que eles pedem assim para falar mais, para tentar melhorar cada vez mais o nosso atendimento no posto, com certeza cada dia que tu quer, tu quer ter coisas melhores, e como o setor da saúde estava bom, bom mesmo, e agora deu uma caída, então, as pessoas criticam muito mais [...]. (C9)

Pelas falas citadas acima, podemos analisar que a articulação dos conselheiros com as suas entidades é um fator que fortalece e legitima a sua participação no conselho de saúde e, por conseguinte, a democracia representativa. Assim, o incentivo por parte da comunidade pode influenciar para que os

conselheiros tenham uma atuação com mais potencial de defesa dos interesses populares, e também sigam frequentes nas plenárias do conselho. A motivação para estes conselheiros permanecerem no conselho defendendo uma política de saúde mais justa e igualitária certamente contou com a boa receptividade e aprovação de suas bases representadas. Isso denota que existe uma habilidade de mobilização pelo processo participativo que parte da sociedade (usuários) e envolve os seus representantes, que por sua vez, também possuem uma consciência cidadã participativa.

Discorrendo sobre controle social e fortalecimento da democracia representativa Pedrini et al (2007) diz que a consolidação do controle social se dá no processo de mobilização social pela habilidade da sociedade civil organizada intervir na gestão pública. Essa afirmação vai ao encontro do que foi analisado nas entrevistas quando as falas remetem ao fato de que pela articulação do segmento do usuário e seu representante, eles conseguem levar ao conselho que a saúde municipal está deficitária. Pedrini et al (2007) ainda destaca que a intenção deste processo participativo é se conquistar políticas públicas que suscitem melhores resultados no que se diz respeito a produção de bens e serviços à população. A qualidade do controle social vai depender das condições do ambiente democrático e da participação cidadã, deste modo, ele exige habilidade da sociedade civil organizada e lideranças comunitárias em estimular e avançar ao máximo no processo participativo. Este estímulo à participação também se encontra nos relatos dos entrevistados que se dizem ser incentivados e valorizados a terem uma postura participativa e crítica dentro do conselho.

Perguntou-se, ainda, se a representação dos usuários na política de saúde consegue defender os interesses populares e quase a totalidade responderam que sim.

Sim, conseguir se consegue porque graças a Deus é referência no caso à saúde em São Lourenço [...]. (C1)

Consegue, porque coisas assim importantes que eles solicitam, por exemplo, ia começar uma época, isso há anos atrás, não se conseguia exames pelo SUS. Ai foi batalhado, batalhado, e ai quando vê as coisas aconteceram né, devido ao controle social devido aos pedidos insistentes né dos usuárias [...]. Teve uma época que não se conseguia muito cirurgião pelo SUS, só tinha um cirurgião. Eu acho que ai o controle social foi né e se fez reuniões [...] existe assim aquela forma de uma certa pressão né até as coisas voltarem a acontecer como devem [...]. Mas acho que isso foi uma conquista, uma coisa que veio vindo assim, não caiu do céu nada (risos). (C2)

Eu acho que é sim, claro. Porque eu te digo assim ó, quando é votado em Pauta e entra em votação [...] se não têm maior representação não entra né, então é uma baita participação que tem os usuários de São Lourenço [...]. (C9)

Acho que sim. Acho que como eu te disse, acho que a gente consegue porque tu vê um crescimento né, na área da saúde [...] uma coisa que tu vê abertamente. Há uns anos atrás, como eu disse, quando comecei era uma história bem diferente, desde o hospital, dos postos, do postão geral, até aqui. (C10)

Geralmente sim, geralmente sim. Eu acho que o pessoal... a gente se mexe bastante, ali o pessoal apoia todos apoiam e um apoia todos [...] pode não ser uma coisa do meu interesse, mas se é do interesse de outra comunidade a gente apoia e se a gente tiver que ir pra justiça vamos através do conselho, então a câmara dos vereadores se for necessário, então a gente sempre consegue. (C6)

Os conselheiros demonstram ter consciência de que estão aos poucos ficando mais organizados e que essa organização favorece a possibilidade de sucesso na aprovação de suas demandas.

Sobre a defesa dos interesses populares, Correia (2005) diz:

A presença dos movimentos populares e sindicais nos mecanismos formais de participação deve ser de pressão e defesa dos interesses. Essa presença deve ser forte e articulada aos demais aliados no processo. O conselheiro deve estar bem informado e deve manter o vínculo com a entidade que representa, levando suas posições e defendendo os interesses coletivos (CORREIA, 2005, p. 68).

As constatações sobre a defesa de interesses populares por parte dos conselheiros desta pesquisa indicam que existe uma potencialidade na representatividade dos usuários dentro do conselho, pois eles se articulam e se apoiam para a conquista de uma política de saúde mais qualificada. No entanto o desafio se posiciona na fronteira entre aquilo que eles entendem ser o papel de um conselheiro popular e o que seria ideal para ser, de fato, um representante dos usuários. Para diminuir esta distância entre o ideal e o real, a capacitação aparece como importante contribuição para uma participação representativa e qualificada.

Bravo e Correia (2012) abordam a tensão histórica sofrida pela saúde no Brasil, a saúde como um bem público ou como uma mercadoria. Ao não compreender o poder de tais questões, os conselheiros perdem poder de luta enquanto classe, tornando-se facilmente manipulados pelo capital.

Ainda segundo Bravo e Correia (2012)

“A efetivação do controle social das classes subalternas está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos, requer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital”.

Os conselhos são um reflexo das condições educacionais das pessoas que neles atuam. Quanto maior o grau de instrução e de informação dos conselheiros mais capazes os mesmos serão de se articular politicamente. A articulação política parte do pressuposto que as partes sabem dos seus direitos e deveres e que sabem o ponto de partida e de chegada de uma política pública.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade deste estudo foi analisar a participação do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde – CMS – do município de São Lourenço do Sul/RS, a fim de indicar elementos que possam contribuir na consolidação de um controle social que favoreça a conquista dos direitos assegurados na política de saúde.

Os conselhos foram criados com a proposta de serem espaços de participação democrática da sociedade civil organizada com a função de controlar, fiscalizar e deliberar sobre a política de saúde. No entanto, o que se observa na prática é que os conselhos atualmente ainda possuem muitos obstáculos que necessitam ser superados.

O Conselho Municipal de São Lourenço do Sul (CMS-SLS), um conselho de um município que faz parte da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), foi primordial no entendimento de como as cidades menores do sul do estado do RGS se organizam para implementar a política da saúde.

Um dos principais elementos identificados nesta pesquisa diz respeito à autonomia desse conselho. Nossos achados mostraram que se existem pressões

político-partidárias as mesmas não foram identificadas, o que confere um caráter de representatividade e legitimidade a esse conselho. O fato de ele possuir uma agenda semanal itinerante, que é cumprida, garantindo desta forma que a comunidade seja ouvida quando se desloca para onde funcionam os Conselhos Locais de Saúde (CLS), é um dos principais avanços em relação à participação dos usuários, pois assim ela é ampliada, para além da representatividade. E, por outro lado, isto reforça os representantes deste segmento no Conselho, ao colocá-los periodicamente em contato direto com as suas bases.

Outro elemento importante é o reconhecimento por parte dos conselheiros de que suas propostas são relevantes e que isso garante a aprovação de suas políticas, embora alguns ainda evidenciem certa fragilidade no reconhecimento do direito de reivindicação como algo que é inato aos usuários. Estas descobertas indicam que a atuação dos conselheiros acontece de forma articulada com os segmentos representados e que a maioria deles é defensora dos interesses populares e procura agir para garantir uma política de saúde pública de qualidade no município, exercitando desta forma o controle social democrático.

Ficou vidente que o nível de entendimento sobre a função do conselheiro é heterogêneo, o que apesar de ser algo natural devido à diversidade de representações, pode ser um indicativo de que existe a necessidade de uma formação que possa subsidiar a todos sobre os aspectos essenciais para o bom desempenho da representação. Destaca-se, por exemplo, o fato de alguns conselheiros considerarem os seus representados como um entrave para a defesa dos interesses dos mesmos, revelando uma fragilidade acerca do conhecimento sobre a política da saúde, dos direitos dos usuários e da própria finalidade do Conselho por parte da população atendida, o que pode ser superado com uma formação política sobre controle social democrático.

Entretanto, apesar de certas fragilidades e das dificuldades enfrentadas os conselheiros exercem influências na política de saúde municipal, e atribuem essa influência ao poder deliberativo do voto, da fiscalização e do encaminhamento de denúncias feitas pelo segmento. Eles também identificam seu segmento como forte,

enquanto categoria, e reconhecem que já tiveram conquistas, como a implantação de ampla cobertura de UBSs com ESF. Todas essas potencialidades evidenciadas no CMS-SLS estão de acordo com os elementos determinantes de uma efetividade e legitimidade do controle social democrático representativo.

É relevante também salientar a presença significativa dos conselheiros representantes dos usuários no conselho, o que pode ser averiguado pelas suas frequências nas plenárias, o que lhes confere representatividade.

A pesquisa também constatou que o conselho possui algumas fragilidades que estão sendo superadas durante o seu desenvolvimento. Destacam-se, aqui, as fragilidades que se sobressaíram na questão que identifica que a forma de ingresso dos conselheiros foi, em sua maioria, por indicação, e não pelo voto o que poderia desfavorecer a ativa articulação deles com a população. Porém, as consequências negativas que poderiam resultar da forma como acontece a indicação para ser conselheiro, vão sendo superadas na medida em que os conselheiros provam que interagem com suas bases e montam as pautas que são levadas para as plenárias em conjunto com a comunidade, o que é muito importante destacar, pois desta forma legitimam e fortalecem seu poder. Além da realização das reuniões itinerantes citadas anteriormente.

Sem o fortalecimento político dos conselheiros, os mesmos correm o risco de se afastarem da sua tarefa de defender seus representados e se tornarem aliados da gestão que estiver no governo. Isso decorre da dificuldade que este segmento pode enfrentar na luta pela conquista e fortalecimento como classe no Conselho.

Porém, percebe-se que mesmo relatando dificuldades para desempenharem suas atividades no conselho, como a disponibilidade de tempo, de conciliação de agendas de trabalho e de deslocamento da zona rural para urbana, estas não impedem que os conselheiros continuem lutando e defendendo os interesses de seu segmento no conselho.

Um dos elementos principais para que haja avanços significativos nesse conselho é a questão da educação para a participação política. Os conselhos são

lugares de luta para assegurar o direito a uma política de saúde pública de qualidade para todos. Portanto, são espaços de luta permanente que requerem conselheiros capazes de usarem as ferramentas que possuem e que legitimam sua ação. Assim, entende-se que a eleição de um representante que possa se responsabilizar pela educação/formação dos conselheiros, pode reforçar ainda mais a atuação coletiva em prol da defesa dos interesses da sociedade.

Espera-se, finalmente, que ao discutir sobre a participação dos conselheiros representantes dos usuários no espaço do conselho municipal de saúde, este estudo possa colaborar para reforçar a importância que tem o controle social democrático dentro do processo de decisão e efetivação da política de saúde do Brasil, para que esta responda efetivamente as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

ACANDA, Jorge Luis. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos e práticas e cooperação técnica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

BATISTA, Adriana Aparecida et al. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 784-793, Dec. 2010.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. Ed. São Paulo: Saraiva; 1998.

_____. **Lei Orgânica da Saúde n.8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a Participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf>>. Acesso em: out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio 2012**. Dispõe sobre a reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html>. Acesso em out. 2015>.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.40 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde /** Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/2012.** Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

_____. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **3ª Coordenadoria Regional de Pelotas.** Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/160/3%C2%AA_CRS_\(Pelotas\).2015](http://www.saude.rs.gov.br/lista/160/3%C2%AA_CRS_(Pelotas).2015)>. Acesso em mar. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, Mar. 2012.

CALVI, K. U. **Serviço social e conselhos de políticas e de direitos:** contradição entre o projeto ético-político e a condição de assalariamento. 2007, 329f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

CICONELLO, Alexandre. **A Participação Social como processo de consolidação da democracia no Brasil.** Oxfam International, 2008.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os Conselhos de Saúde como Instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

_____. **Desafios para o Controle Social:** subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005b, 342f.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al . Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, Aug. 2010 .

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e política:** a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Notas sobre cidadania e modernidade. **Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Ano 2, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.rabaneda.adv.br/download/Ciencias%20Pol%EDticas/NOTAS-SOBRE-CIDADANIA-E-MODERNIDADE-Carlos-Nelson-Coutinho.pdf>>. Acesso em Nov. 2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções:** o marxismo na batalha das ideias. São Paulo: Cortez, 2006.

CRISTO, Solange Conceição Albuquerque de. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, Mar. 2012.

DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DUARTE, Elisfabio Brito; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, May 2012.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, Sept. 2006 .

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e gestão pública**. Ciências Sociais Unisinos, v. 42, n. 1, p. 5-11, jan./abr. 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística**. Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: mai. 2014.

KLEBA, Maria Elisabeth et al . O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 793-802, May 2010.

MARTINS, Camila Sartori et al . Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, Sept. 2013.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em Saúde. 13^o Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2013.

MORITA, Ione; GUIMARAES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-57, Apr. 2006.

MOTTA, Luiz Eduardo. **Acesso à justiça e, cidadania e judicialização no Brasil**. Julho de 2011. Disponível em: <<http://gajop.org.br/justicicidada/?p=944>>. Acessado em: mar. 2014.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1.ed.- São Paulo, Expressão Popular, 2011. 64 p.

PEDRINI, Dalila Maria; ADAMS, Telmo; SILVA, Vini Rabassa da (orgs.). **Controle social de políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios**. São Paulo: Paulus, 2007.

PEREIRA NETO, André de Faria. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Junho de 2012.

PONTE, Hermínia Maria Sousa da et al . "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, maio 2012.

RAICHELIS, Raquel. **O Controle Social Democrático na Gestão e Orçamento Público 20 Anos Depois**. Seminário Nacional: O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS-Brasília, 2011.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, mar. 2013.

SALIBA, Nemre Adas et al . Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 6, p. 1369-1378, Dec. 2009 .

SÃO LOUREÇO DO SUL (RS), **Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul**. Disponível em: <<http://www.saolourencodosul.rs.gov.br/index.php/>> Acesso em: mar. 2015.

SÃO LOUREÇO DO SUL (RS). **Lei nº 1671, de 30 de outubro de 1990**. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul – CMS – SLS**. (Fornecida cópia física pela Secretária Executiva do CMS de SLS após pedido formal da autora da pesquisa).

SEMERARO, Giovanni. Gramsci e os movimentos populares: uma leitura a partir do caderno 25. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 35, n. 126, p. 61-76, mar. 2014.

SHIMIZU, Helena Eri et al . Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, Aug. 2013.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo. Cortez. 2007.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1227-1243, Dec. 2010 .

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle social em saúde e cidadania. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 74, p. 3-200, 2003.

TEIXEIRA, Solange Maria. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 154-163, Dec. 2007.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVA, Mauricelia Cordeira da; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. (Re)visitando Gramsci: considerações sobre o Estado e o poder. **Revista katálysis**, Florianópolis , v. 16, n. 1, p. 82-90, jun. 2013.

WENDHAUSEN, Águeda L. P.; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, Dec. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ARTIGOS QUE ABORDAM CONTROLE SOCIAL E SAÚDE ORIUNDOS DE PESQUISA NO BANCO DE DADOS SCIELO BRASIL

Quadro 3 – Artigos que abordam o Controle Social e Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil

Artigos oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil com o descritor “Controle Social AND Saúde”		
Título do Artigo	Autores	Ano
1) Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. <i>Saúde debate</i> , vol.37, no.98, p.437-445. Set	MARTINS, Camila Sartori et al.	2013
2) Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. <i>Saúde debate</i> , vol.37, no.96, p.139-147. Mar	ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus.	2013
3) Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. <i>Trab. educ. saúde</i> , vol.7, no.1, p.9-34. Jun	GUIZARDI, Francini Lube.	2009
4) Desafios do controle social na atualidade . <i>Serv. Soc. Soc.</i> , no.109, p.126-150. Mar	BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa .	2012
5) Controle social em saúde: o caso do Pará. <i>Serv. Soc. Soc.</i> , no.109, p.93-111. Mar	CRISTO, Solange Conceição Albuquerque de.	2012

Quadro 3 – Continuação Artigos que abordam o Controle Social e Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil

<p>6) 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. <i>Saude soc.</i>, vol.21, suppl.1, p.244-252. Mai</p>	<p>TOFANI, Luís Fernando Nogueira; CARPINTÉRO, Maria do Carmo Cabral.</p>	<p>2012</p>
<p>7) Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. <i>Saude soc.</i>, vol.21, suppl.1, p.223-233. Mai</p>	<p>ALENCAR, Heloisa Helena R. de.</p>	<p>2012</p>
<p>8) O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. <i>Saude soc.</i>, vol.21, suppl.1, p.199-209. Mai</p>	<p>MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis.</p>	<p>2012</p>
<p>9) A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. <i>Saude soc.</i>, vol.21, suppl.1, p.177-184. Mai</p>	<p>SEVERO, Denise Osório; DA ROS, Marco Aurélio.</p>	<p>2012</p>
<p>10) O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. <i>Saude soc.</i>, vol.21, suppl.1, p.126-137. Mai</p>	<p>DUARTE, Elisfabio Brito; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa.</p>	<p>2012</p>

Quadro 3 – Continuação Artigos que abordam o Controle Social e Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil

<p>11) Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. <i>Saude soc.</i>, vol.21, suppl.1, p.71-79. Mai</p>	<p>CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio.</p>	<p>2012</p>
<p>12) Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. <i>Saude soc.</i>, vol.18, no.1, p.141-153. Mar</p>	<p>OLIVEIRA, Milca Lopes; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio.</p>	<p>2009</p>
<p>13) A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. <i>Saude soc.</i>, vol.19, no.4, p.784-793. Dez</p>	<p>BATISTA, Adriana Aparecida et al.</p>	<p>2010</p>
<p>14) A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? <i>Saude soc.</i>, vol.15, no.1, p.49-57. Abr</p>	<p>MORITA, Ione, Guimarães; CAMPOS, Julliano Fernandes; DI MUZIO, Bruno Paulino.</p>	<p>2006</p>
<p>15) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. <i>Physis</i>, vol.22, no.2, p.441-462. Jun</p>	<p>PEREIRA NETO, André de Faria.</p>	<p>2012</p>

Quadro 3 – Continuação Artigos que abordam o Controle Social e Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil

<p>16) Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. <i>Physis</i>, vol.20, no.3, p.853-872.</p>	<p>COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al.</p>	<p>2010</p>
<p>17) Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde.<i>Physis</i>, vol.19, no.2, p.419-438.</p>	<p>COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro.</p>	<p>2009</p>
<p>18) Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. <i>Physis</i>, vol.14, no.1, p.15-39. Jun</p>	<p>GUIZARDI, Francini Lube et al.</p>	<p>2004</p>
<p>19) Plenária Virtual Permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. <i>Ci. Inf.</i>, vol.36, no.2, p.106-117. Ago</p>	<p>SILVA, Angélica Baptista; LABRA, Eliana.</p>	<p>2007</p>
<p>20) Conselho Municipal de Saúde:(re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.15, no.5, p.2437-2445. Ago</p>	<p>COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso.</p>	<p>2010</p>

Quadro 3 – Continuação Artigos que abordam o Controle Social e Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil

<p>21) Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.18, no.8, p.2275-2284. Ago</p>	<p>SHIMIZU, Helena Eri et al.</p>	<p>2013</p>
<p>22) A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.16, no.1, p.337-347. Jan</p>	<p>BATISTA, Elizabeth da Costa; MELO, Elza Machado.</p>	<p>2011</p>
<p>23) O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.15, no.3, p.793-802. Mai</p>	<p>KLEBA, Maria Elisabeth et al.</p>	<p>2010</p>
<p>24) Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.14, no.6, p.2123-2134. Dez</p>	<p>LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLÓRIO, Solange Maria Ribeiro.</p>	<p>2009</p>

Quadro 3 – Continuação Artigos que abordam o Controle Social e Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo Brasil

<p>25) Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.11, no.3, p.797-805. Set</p>	<p>GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni.</p>	<p>2006</p>
<p>26) Conselhos de Saúde:efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.11, no.3, p.621-632. Set</p>	<p>Van Stralen, Cornelis Johannes et al.</p>	<p>2006</p>
<p>27) A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>, vol.12, no.3, p.683-688. Jun</p>	<p>SILVA, Alessandra Ximenes; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena.</p>	<p>2007</p>
<p>28) Controle social e políticas de saúde"Controle Social e Políticas de Saúde". <i>Cad. Saúde Pública</i>, vol.8, no.4, p.366-378. Dez</p>	<p>SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza.</p>	<p>1992</p>

Fonte: Sistematização de estado da arte realizado pela autora

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Venho através do mesmo, convidar-lhe a participar da pesquisa intitulada **“Análise da participação dos conselheiros representantes dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde”**, que será realizada como parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social - UCPEL. Este estudo tem por objetivo explicar as principais determinações constituintes do exercício do controle social pela representação dos usuários no CMS de São Lourenço do Sul.

Informo que é permitida a sua desistência de participação desta pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para sua pessoa. Haverá a garantia de privacidade à sua identidade através do anonimato com a preservação de sua identidade. Os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados será realizada pela Enfermeira Gabriela Lobato de Souza sob a orientação da Prof^a. Vini Rabassa da Silva, em dias e horários acordados entre o entrevistado e a pesquisadora.

Pelotas, _____ de _____ 2015.

Eu _____, fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de constrangimentos sobre o objetivo e o procedimento de coleta de dados, e após estas informações declaro que aceito participar da pesquisa.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora
Telefone para contato:

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE PESQUISA

Roteiro de entrevista para conselheiros representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul

QUESTÕES:

- 1 – Idade:.....
- 2 – Grau de Instrução: () sem escolarização () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo
3. Gênero: () Mulher () Homem () outra, qual?
- 4 - Faixa salarial:
(.....) Até um salário mínimo
() Um a três salários mínimos () Cinco a dez salários mínimos
() Três a cinco salários mínimos () Mais de dez salários mínimos
- 5 – Ocupação atual:
- 6 – Entidade/organização que representa:
- 7 – Atuação em outras entidades:
() fóruns de políticas públicas () igreja () partido político () outras, quais:.....
- 8 – Data de ingresso no CMS:
- 9 – Por que você quis ser conselheiro de saúde?
- 10 – De que maneira você foi escolhido para ingressar no CMS?
- 11 - Você informa ou debate com a direção de sua entidade as discussões que ocorrem no CMS? Quando? Para quê?
- 12 – Como você apresenta no Conselho as reivindicações de sua entidade?
- 13 – Em sua opinião, a representação dos usuários neste Conselho já obteve conquistas na implantação da política de saúde no município? Quais? Como?
- 14- Você consegue exercer influência na Política Municipal de saúde? Como?
- 15 – Para você quais são os principais obstáculos e/ou dificuldades para participar do CMS defendendo os interesses dos usuários?
- 16 – O que sua atividade como representante dos usuários exige de você?

17 – Qual a opinião de sua entidade sobre a sua participação no CMS?

18 – Em sua opinião a representação dos usuários na política de saúde consegue defender os interesses populares? Por quê?

19 – Deseja acrescentar algo mais sobre a participação dos usuários no controle social da política de saúde?