Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco como
espaço de participação social e promoção da saúde.**

Danúzia da Silva Rocha

Minuta da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo, para avaliação da pré-banca.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiola Zioni

São Paulo

2014

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco como espaço de participação social e promoção da saúde.

Danúzia da Silva Rocha

Minuta da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo, para avaliação da pré-banca.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiola Zioni

São Paulo

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida, que sem elas eu jamais teria encontrado forças para ir em frente, meu amado esposo **Alessandro** e minha querida filha **Ana Letícia**.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter iluminado o meu caminho e por ter me sustentado em todos os momentos da vida.

Aos meus pais **Francisco Bezerra e Maria Aparecida** pela sua torcida e apoio incondicional.

À minha orientadora que no decorrer deste trabalho, se revelou mais que do uma professora orientadora, uma grande amiga, que além de me estimular creditou confiança e me ajudou a amadurecer nestes anos e a me tornar uma pesquisadora. Meus mais profundos agradecimentos à **Fabiola Zioni**.

Ao grande amigo professor **Pascoal Muniz**, pelo apoio nos momentos difíceis dessa jornada.

Ao professor e também amigo **Estanislau Paulo Klein**, pela sua preciosa colaboração na realização deste.

Às minhas amigas **Andréa, Isabela, Valéria** do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre, pela amizade, apoio e companheirismo.

Às minhas amigas **Claúdia, Polyana, Kizzy, Fernanda**, por terem aceitado me substituir nas atividades da docência durante meu período de afastamento.

Ao professor **Mauro Serapioni** por ter gentilmente aceitado ser meu co-orientador do Doutorado Sanduíche, e por suas preciosas recomendações.

À **Socorro**, secretaria do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, pela ajuda e recepção sempre calorosa.

À **Elisama Maria**, pelo apoio e colaboração para o acesso aos documentos necessários à realização desta.

Ao **Oswaldo Leal**, secretário de municipal de saúde, pela disposição e disponibilização do acervo documental da secretaria.

A todos os **Conselheiros** que gentilmente aceitaram conceder entrevista.

À prof^a. **Carla Roberta Ferraz Rodrigues** pelas importantes considerações realizadas no exame de qualificação, e disposição e boa vontade em aceitar ser a consultora externa do doutorado sanduíche.

Ao prof. **Alberto Olavo Advíncula Reis** pelas suas intervenções preciosas e oportunas no exame de qualificação.

À **FUNTAC** (Fundação de Tecnologia do Estado do Acre) pelo financiamento de apoio à pesquisa, que me proporcionou recursos para o desenvolvimento da etapa de trabalho de campo.

Às professoras **Mara Helena de Andrea Gomes** e **Lúcia Márcia André** por ter aceitado o convite para participar da banca da defesa e por suas importantes considerações.

RESUMO

No presente estudo, objetivou-se a compreensão da forma como a participação social se desenvolve no Conselho Municipal de Saúde, do município de Rio Branco, assim como a identificação da sua influência nas ações de promoção à saúde. Para tal, foi utilizada uma abordagem qualitativa e a metodologia de estudo de caso. A investigação foi realizada em etapas, sendo elas: acompanhamento das reuniões do referido órgão, com a utilização da técnica conhecida como observação sistemática; a segunda consistiu na análise documental das atas das reuniões dos órgãos colegiados, relatórios de gestão, entre outros; e realização de entrevistas com todos os conselheiros. Apesar do órgão estudado já ter sido criado há mais de duas décadas, a participação social somente tem-se desenvolvido muito paulatinamente apenas nos últimos quatro anos. Este conselho apresenta como entraves a sua efetivação e real democratização da gestão das políticas públicas de saúde, os mesmos obstáculos identificados em outros conselhos estudados no país. São eles: relações assimétricas de poder; dificuldades de representação, principalmente no segmento dos usuários; capacitações insuficientes para o pleno exercício do mandato de conselheiro, entre outros. Mesmo diante de inúmeros aspectos que atravancam uma participação equânime, os conselheiros têm uma postura positiva quanto ao seu papel enquanto contribuinte para esse processo e quanto ao conselho enquanto espaço de democratização das tomadas de decisões. Há que se considerar o potencial de compartilhamento de poder e responsabilidades de espaços como estes, e os atores envolvidos devem ter o seu esforço de participar valorizado e incentivado, dando-lhes voz e escuta e tendo suas intervenções e, ou solicitações atendidas, tendo em vista que esse é o objetivo de se incluir constitucionalmente a participação da sociedade na gestão da “coisa” pública.

Descritores: conselho de saúde, participação social, promoção da saúde.

SUMMARY

The present study aimed at understanding how social participation develops the Municipal Health Council of the city of Rio Branco, and the identification of its influence on the actions of health promotion. To this end, we used a qualitative approach and case study methodology. The research was carried out in stages, namely: monitoring the meetings of that body, using the technique known as systematic observation, the second consisted of documentary analysis of the minutes of the meetings of the collegiate bodies, management reports, among others, and achievement interviews with all directors. Despite this organ studied, having been established for more than two decades, community involvement and has developed very slowly in just the past four years. This board features as barriers to its effectiveness and real democratization of the management of public health policies, the same as those identified in other studies in the country. They are: asymmetric power relations; difficulties of representation, especially in the segment of users; capabilities insufficient for the full office of counselor, among others. Even with numerous aspects that clutter equitable participation, counselors have a positive attitude about their role as contributors to this process and the council as an area of democratization of decision making. We must consider the potential sharing of power and responsibilities of spaces like these, and the actors involved must have their efforts valued and encouraged to participate by giving them a voice and listening and taking their interventions and or requests answered, considering that this is the goal of including constitutionally society participation in the management of the "thing" public.

Keywords: Council of health, social participation, health promotion.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	11
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
1. Democracia.....	14
1.1 Democracia Representativa.....	14
1.2 Democracia Participativa.....	16
1.3 Democracia Deliberativa.....	21
2. Democracia no Brasil.....	29
2.1 Espaços institucionais de participação.....	36
2.1.1 Conselhos de políticas públicas.....	37
2.1.2 Conferências de saúde.....	43
3. Promoção da saúde.....	45
III.OBJETIVOS.....	48
1. Objetivo Geral.....	48
2. Objetivos específicos.....	48
IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	49
1. Etapas do trabalho de campo.....	50
2. Técnicas de tratamento do material coletado.....	56
3. O campo de pesquisa.....	58
4.Contexto empírico da pesquisa- O Conselho Municipal de Saúde.....	64
V. RESULTADOS.....	76
1. A dinâmica e o funcionamento do conselho	77
2. Achados documentais.....	104

3. Entrevistas.....	142
1. Representatividade.....	142
2. Conhecimento/capacitação/formação/ experiência.....	152
3. Relações de poder.....	161
4. Efetivação das decisões.....	166
5. Promoção da saúde.....	170
6. Visão do conselheiro sobre seu papel e do conselho.....	174
7. Percepção de melhorias.....	180
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	183
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	188
REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS.....	194
Apêndice I- Roteiro de entrevista.....	196
Apêndice II -Roteiro de entrevista-gestores.....	198
Apêndice III-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	200
ANEXO I- Parecer do Comitê de Ética-FSP/USP.....	201

I. INTRODUÇÃO

As discussões que permeiam a temática da democracia, participação social e envolvimento da sociedade na gestão das políticas públicas têm sido bastante frequentes entre os estudiosos da área. Dada a relevância da problemática e o valor incontestável do estabelecimento do gerenciamento democrático, principalmente em políticas de caráter social, como a saúde, pretendemos com este trabalho abordar esse assunto no contexto dos serviços de saúde do município de Rio Branco - Ac.

A necessidade do envolvimento da sociedade nas questões que norteiam a saúde tem sido sentida em vários países. Apesar de a participação social no Brasil ser uma prerrogativa legal, estabelecida na constituição de 1988, e essa ter sido fruto do intenso movimento de sanitaristas, estudiosos da saúde, profissionais, entre outros, na década de 80, chamado de Reforma Sanitária, que foi gestada e discutida na famosa 8ª Conferência Nacional de Saúde, ainda hoje, são enfrentados entraves à sua efetivação. Passados 25 anos da promulgação da constituição e vinte e três anos da lei de criação do SUS e da lei que regulamenta a participação dos cidadãos na saúde (8.142/90), nós encontramos-nos ainda no processo de aprendizagem, tanto da gestão como da sociedade, para nos habilitarmos a ter realmente uma saúde gerenciada de forma participativa.

A finalidade deste estudo é compreender como esse processo de participação social se dá no ambiente do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, analisando as

posturas dos conselheiros, diferenciando-os entre os segmentos de gestão, trabalhadores e usuários. Também foi realizada uma breve comparação entre as características apresentadas neste fórum com os demais conselhos estudados no Brasil, disponíveis na literatura. Sabe-se que a realidade encontrada no país difere de acordo com a região estudada, e que se deve considerar o tecido associativo da região ou estado, ao avaliar o funcionamento de instâncias colegiadas, pois, obviamente, a primeira influenciará o desempenho da segunda. Considerando-se essas questões, pode-se ainda assim, afirmar que o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, apresentou alguns obstáculos ao sucesso de sua atuação, obstáculos esses semelhantes aos encontrados em outros conselhos, apontados na literatura (CÔRTEZ, 2007; CICONELLO, 2009; FERNANDES E COELHO, 2010; SERAPIONI, 2010, 2011, 2013). Outro aspecto também alvo da nossa investigação foi estudar como este espaço trabalha questões de promoção da saúde. Objetivamos, com isso, identificar ações que tenham esse caráter, e se essa questão é visada por esta instância participativa.

Trata-se de um estudo de caso a respeito do conselho acima referido; foi desenvolvido em etapas que serão descritas ao longo do trabalho.

A princípio, apresentamos um breve apontamento teórico sobre a questão da democracia, tema importante para fundamentarmos a relevância do problema escolhido; o trabalho está organizado em capítulos. No segundo capítulo, tratamos da fundamentação teórica, além da dimensão política da democracia e algumas formas democráticas apresentadas. Também abordamos nesta seção, como a democracia está instituída no nosso país, e os espaços de participação institucionais. Apresentamos a definição, e alguns pressupostos e campos de ação da promoção da saúde.

No terceiro capítulo, estão os objetivos propostos deste estudo. Na sequência, no quarto capítulo expomos a metodologia utilizada e as etapas do trabalho de campo. Nesta seção, foi descrita toda a trajetória realizada para a elaboração deste estudo, bem como os métodos e técnicas de pesquisa utilizados: a contextualização da pesquisa, a descrição do município, breve resgate histórico dos movimentos sociais de Rio Branco, e o contexto empírico: o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco e as entidades que o compõem atualmente.

No quinto capítulo, encontram-se os resultados. Esse capítulo inicia-se com os relatos da observação sistemática das reuniões, e, a exposição da dinâmica de funcionamento do fórum. Em seguida, são abordados os achados documentais, que descrevem os registros da participação social e manifestações dos conselheiros através das atas das reuniões e ações da gestão constantes em documentos oficiais: relatórios de conferências, relatórios de gestão, planos de saúde, entre outros. Finalizando a seção, tem-se a análise das entrevistas realizadas via categorias temáticas: por meio das quais foram identificadas sete categorias nas falas dos conselheiros de todos os segmentos.

Nas considerações finais estão expostas as conclusões de todo o processo investigativo, cujos resultados demonstraram que apesar de todos os aspectos que reconhecidamente entravam o processo de participação da sociedade no gerenciamento das políticas públicas, é inegável a melhoria que se teve durante o período de existência destes espaços institucionais participativos, mesmo que se reconheça que sua atuação não tenha sido efetiva como deveria ser em sua totalidade. Percebe-se também, a necessidade presença do cidadão no processo de elaboração, implantação, implementação e avaliação das políticas públicas.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Democracia

A democracia tem sido alvo de estudos desde a antiguidade. PATEMAN (1970), em seu livro sobre participação e teoria democrática, afirma: “a teoria contemporânea da democracia não se limita a descrever o funcionamento de certos sistemas políticos, mas implica que este é o tipo de sistema que devemos valorizar e inclui um conjunto de padrões ou critérios pelos quais um sistema político pode ser julgado ‘democrático’” (pg. 14).

1.1 Democracia Representativa

Autores mais contemporâneos como SANTOS E AVRITZER (2002) afirmam que a democracia assumiu um papel central no campo político, durante o século XX, mas reconhecem que a proposta que se tornou hegemônica implicou em uma restrição das formas de participação a um procedimento eleitoral. Associam a este um processo que denominaram de patologia da representação, que é a situação em que os cidadãos se consideram cada vez menos representados por aqueles que elegeram. Ao limitar a participação do cidadão ao âmbito das eleições, a teoria democrática contemporânea resguarda ou nas palavras dos autores “pretende resguardar”, o processo de tomada de decisão dos governos eleitos em relação à política de mobilização de massa. Esta concepção, segundo os autores, perdurou por muito tempo como a forma definitiva de democracia, acreditando-se que através dela a humanidade teria atingido o estado mais elevado de desenvolvimento político, e que, além e fora do qual, não existiria mais

nenhuma forma democrática. PATEMAN (1970) também define o processo eleitoral como elemento caracteristicamente democrático, mas reconhece que a competição pelo voto gira em torno das elites.

Este argumento também foi muito debatido, visto que vários autores refutam-no como sendo único princípio democrático. Considerando que o papel do cidadão, nas instituições políticas da sociedade ou no processo de tomada de decisão, pode e deve se estender para além da escolha de representantes no período eleitoral. SADER (2002) afirma que a política do liberalismo tem o voto como forma central de participação, sendo-lhe atribuído um caráter sagrado. Todavia o autor classifica esse vínculo, o do voto, como tênue, visto que esconde uma delegação similar a um cheque em branco, e esse vínculo somente pode ser retomado de tempos em tempos, conforme o período eleitoral. Se o Estado não é independente ou imparcial no que diz respeito à sociedade, os cidadãos não são tratados como livres e iguais. Se o público e o privado estão inter-relacionados de forma complexa, as eleições serão sempre mecanismos insuficientes para garantir as relações implicadas no processo de governo. Se na vida democrática, as eleições não implicam nada mais do que um voto periódico, existirão poucas oportunidades para os cidadãos atuarem como tal, participantes da vida pública. Assim, a democracia não só estará restrita em seu significado, como também influenciará pouco na determinação da qualidade de vida de muitas pessoas (HELD 1991).

Ainda nas discussões teóricas a respeito da definição da democracia limitada a um processo eleitoral, baseado na representação e na autorização, há autores que questionam inclusive o argumento da autorização, como SANTOS (2002), que refletindo sobre a idéia da representação como constituindo a única solução possível nas democracias de grande escala, argumenta que a representação não garante, pelo método

da tomada de decisão pela maioria, que identidades minoritárias possam ter a expressão adequada. Os grupos mais vulneráveis têm dificuldades de ter seus interesses defendidos em igualdade de condições com os grupos economicamente mais prósperos ou mais numerosos.

1.2 Democracia Participativa

As experiências políticas e sociais contemporâneas assim como as reflexões teóricas têm apresentado a Democracia Participativa como alternativa à questão democrática.

Vários autores pesquisados neste estudo convergem neste argumento (PATEMAN, 2012; SANTOS, 2002; SADER, 2002; HELD, 1991, STEWART, 1996), para estes autores, a democracia participativa é exposta como contraponto aos ideais liberais e excludentes da democracia representativa permitindo o acesso da população às instituições públicas que determinam a direção da política e dos investimentos dos recursos públicos. Para SADER (2002), as experiências políticas denominadas democracia participativa, se opuseram ou complementaram as formas de democracia representativa. São experiências de afirmação de direitos sociais, os quais, embora existentes formalmente, na prática não são assegurados. Tais iniciativas tendem a resgatar a dimensão pública e cidadã da política. Uma das formas destas iniciativas é a mobilização de setores sociais interessados na realização de políticas públicas, como: saúde, saneamento, segurança, entre outros, reivindicando direitos aos órgãos competentes, e, além disso, pressionando, controlando, como também objetivando, com

isso, a mobilização e o estabelecimento de uma nova relação entre os cidadãos e a política.

A democracia participativa toma corpo e força na política dos movimentos de base, por meio dos quais o alcance da democracia é ativamente buscado e expandido, através de seus combates políticos. Tais movimentos têm como característica política distintiva a construção de um novo discurso sobre a democracia, por meio de uma prática política sustentada. Os movimentos sociais estariam, ainda, inseridos em movimentos pela ampliação política, pela transformação de práticas dominantes, pelo aumento da cidadania e pela inserção na política de atores sociais excluídos. Tem-se como exemplo de sucesso de tais movimentos, os recentes processos de democratização que passaram os países do Sul da Europa, da América Latina e África do Sul, este último que viveu sob o regime do *Apartheid* até o final da década de 80 (SANTOS, 2002). Podem-se incluir neste rol, as manifestações ocorridas também no Brasil em junho de 2013, que foram manifestações populares nas ruas das principais capitais do país, reivindicando melhorias nos serviços públicos.

Desse modo, a democracia participativa é vista como uma forma de organização e uma prática política necessária. Como na democracia representativa, as estruturas políticas e econômicas de tomada de decisão se localizam distantes e até alienadas das populações, em razão disso, a forma política continuada de democracia participativa vem obter uma nova relevância, que permite a expansão da cidadania e a inclusão dos que normalmente seriam excluídos das decisões que interferem na vida da sociedade. Para que a participação seja bem sucedida, deve haver uma crítica consciente da ordem atual e uma contestação da própria noção de democracia, sendo que, tais críticas seriam objetivadas pela reapropriação dos ideais de democracia e a inclusão de um conteúdo

emancipatório no discurso e prática democráticos. Este discurso, portanto, deve ter o objetivo de alcançar justiça social e emancipação (Idem).

Em países ditos emergentes ou em desenvolvimento, a desejada emancipação social deve ser vista em contextos em que as classes mais subordinadas enfrentam pobreza, fome, violência, patriarcalismo, discriminação, etc. Tais situações se configuram como obstáculos à inclusão social e à emancipação. Assim, o mesmo autor enxerga na democracia participativa um dos caminhos para a garantia de um sistema de inclusão social. Um projeto de inclusão social deve procurar expandir espaços de participação democrática popular. SANTOS afirma que “as tentativas de reinventar a democracia e a emancipação social têm que falar a língua das pessoas reais que lutam com problemas reais em todas as esferas da sociedade” (SANTOS, 2002, p.167).

Para se ter um nível de participação que realmente possa influenciar na forma de governo, faz-se necessária uma discussão em torno da questão da autonomia, uma vez que sem indivíduos autônomos em igualdade de condições, a democracia não pode de fato se concretizar. Para FORTES E ZOBOLI (2004), autonomia significa que:

... é o indivíduo que deve escolher, de forma esclarecida e livre, entre as alternativas que lhe são apresentadas. É ele que decide o que é o ‘bom’ para si, de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. A pessoa autônoma deve ter liberdade de manifestar sua vontade, isto é, deve estar livre de coações internas ou externas de monta que a impeça de exercer suas escolhas (pg.152).

HELD (2001) aponta que os cidadãos deveriam ser livres e iguais, para a determinação das condições de sua própria vida, deveriam desfrutar dos mesmos direitos. O princípio da autonomia reside no direito de todos os cidadãos participarem das questões públicas. Pressupõe-se, assim, que as pessoas deveriam dispor de uma quantidade mínima de recursos necessários para o exercício de seus direitos. Ao

contrário, sem uma mínima base de recursos de algum tipo, muitas pessoas não poderiam desfrutar de uma capacidade para levar a cabo distintas linhas de ação. Além disso, sem os recursos mínimos, seriam muito vulneráveis e dependentes dos demais. Para isso, se faz necessária a criação de uma política de estado que garanta as condições que possibilitam aos indivíduos um papel ativo como cidadão. Assim, é preciso distintos conjuntos de estratégias e políticas para os diferentes conjuntos de pessoas. Desse modo, é importante aliviar as condições dos menos favorecidos, ao mesmo tempo em que deveriam ser restringidas as circunstâncias dos mais poderosos, visto que tal situação é caracterizada como desigualdade sistemática (desde riqueza de gênero e raça), e essa desigualdade mina ou limita a tomada de decisões democráticas.

Ainda sobre a autonomia tem-se o argumento de HABERMAS, que defende o aspecto da comunicação para o processo de tomada de decisões:

Falo de agir comunicativo num sentido fraco, quando o entendimento mútuo se estende a fatos e razões dos agentes para suas expressões de vontade unilaterais, falo do agir comunicativo num sentido forte, tão logo o entendimento mútuo se estende às próprias razões normativas que baseiam a escolha dos fins. Pois, então, os envolvidos fazem referência a orientações axiológicas intersubjetivamente partilhadas que determinam sua vontade para além de suas preferências [...] Nesse caso, pressupõe-se não só o livre arbítrio, mas também autonomia no sentido de liberdade de determinar a vontade própria com base em discernimentos normativos (2004, pg. 118).

Vale ressaltar que essa autonomia almejada dos mais fragilizados, por situação de desigualdade, se correlaciona com as bases estruturais do próprio sistema capitalista, pois, a mesma é explorada e ocorre uma retroalimentação, em que os padrões desiguais se mantêm. Está posto nesta questão o “dilema” de como reduzir essas disparidades? Como seria quebrado esse ciclo de exploração, exclusão do processo de tomada de decisão e reduzir os desníveis existentes entre as classes? Neste caso, há que se discutir o próprio sistema de valorização do capital e produção de renda, para que a ação dos

que detém o capital seja limitada e que haja transferência de poder para as outras categorias da sociedade.

HELD (2001) ainda argumenta que uma sociedade participativa é aquela capaz de experimentar uma reforma radical nas rígidas estruturas impostas pelo capital privado, nas relações de classes e outras formas assimétricas de poder. Ele expõe como princípio da democracia participativa que o direito igual a todos só pode ser alcançado em uma sociedade participativa, que nutra a preocupação pelos problemas coletivos e contribua com a formação de uma cidadania consciente, capaz de interessar-se de forma continuada pelo processo de governo.

SANTOS (2002), no seu estudo sobre as práticas democráticas em vários países, como; Portugal, Brasil, Índia, Moçambique, Colômbia e África do Sul, revela alguns exemplos bem sucedidos de democracia participativa. Como no caso brasileiro do orçamento participativo de Porto-Alegre. Em Portugal, as reivindicações eram por moradias populares. No caso colombiano, a marcha dos *cocaleros*, como uma tentativa dos camponeses na região amazônica de cobrarem, em um contexto marcado pela violência externa, o reconhecimento de uma identidade alternativa à construída pelo Estado à respeito deles. Em Moçambique, o estudo revelou as diferentes estratégias de negociação das mulheres, que objetivavam sua inserção no jogo político dominado pelos homens. Nos casos da Índia e África do Sul, as reivindicações também giravam em torno de concepções de identidades; em tais países emergiram movimentos sociais animados de ideais participativos e princípios de solidariedade. O autor ainda argumenta que essas práticas e aspirações democráticas procuraram levar a sério o desejo democrático e rejeitar, como democráticas, práticas que denominou de caricatura da democracia, recusando-se assim a aceitar a baixa intensidade democrática que o modelo

hegemônico sujeitou a participação dos cidadãos na vida política. Diferentemente, essas práticas buscaram intensificar e aprofundar a democracia, seja reivindicando a legitimidade da democracia participativa, ou pressionando as instituições da democracia representativa, no sentido de torná-las mais inclusivas, ou até mesmo, buscando maneiras de complementariedade entre os dois modelos de democracia aqui expostos.

PATEMAN (2012) listou alguns elementos que classifica como os mais importantes da teoria da democracia participativa:

- As capacidades, as habilidades e características dos indivíduos estão inter-relacionadas com as formas das estruturas autoritárias.
- Os indivíduos aprendem a participar participando.
- Há a necessidade de interação entre os governantes para que a participação seja possível.
- A teoria da democracia participativa é um argumento sobre democratização. Este argumento é sobre mudanças que podem fazer nossa própria vida social e política mais democrática, que deveria fornecer oportunidades para os indivíduos participarem no processo de tomada de decisão nas questões que influenciam suas vidas, bem como em todo o sistema político. Isto é a democratização da democracia.
- As mudanças necessárias são estruturais, há que se reformarem governos antidemocráticos.

1.3 Democracia Deliberativa

Outra discussão que contorna os fundamentos teóricos da democracia, e que está atrelada à democracia participativa é a deliberação. Apesar de ser um termo que só tem sido usado nas últimas décadas, não se trata de um processo recente. CHAMBERS (2003), que estudou a teoria da democracia deliberativa, a define como uma teoria normativa que sugere maneiras, nas quais podemos aumentar a democracia e criticar instituições que não cumprem este padrão normativo. Em particular, reivindica ser um modo democrático mais justo, lidando assim, com modelos de democracia pluralistas e agregadores. A democracia deliberativa foca no processo comunicativo de expressão e formação de opiniões que precede a votação. Tem o consenso como o conceitual núcleo de legitimidade. Esta legitimidade é obtida através de algo que é publicamente articulado, explicado e, mais importante ainda, justificado como política pública. Em resumo, ela argumenta que deliberação é um debate e discussão objetivando a produção razoável de bem informadas opiniões, na qual participantes estão dispostos a revisar preferências na luz da discussão, em que novas informações e reivindicações são feitas pelos companheiros participantes. Embora o consenso não necessite ser o objetivo final da deliberação e os participantes estejam expectantes para perseguir seus interesses, um interesse abrangente legitima os resultados (compreendido como justificação para todos os envolvidos), idealmente isto é caracterizado deliberação. Apesar de todo esse processo ser o grande foco da deliberação, HABERMAS, um dos mais importantes teóricos no assunto, e seus pressupostos serão mais bem discutidos a diante, defende que há a necessidade da construção de consensos ao menos provisórios para que o processo de participação seja produtivo.

Em sua argumentação, CHAMBERS faz um apontamento: os teóricos da democracia deliberativa têm interesse em questões, tais como: como a deliberação pode moldar preferências, moderar interesses próprios, empoderar os marginalizados, mediante diferenças, promover mais integração e solidariedade, produzir opinião razoável e política e possibilitar ainda a condução ao consenso? Desse modo, a teoria da democracia deliberativa investiga criticamente a qualidade, a substância e a racionalidade dos argumentos e razões que trouxeram para defender a política e a lei. Para que ocorra a deliberação, os sujeitos envolvidos devem estudar e avaliar as instituições, fóruns, espaços públicos em geral, para justificação deliberativa e responsabilidade. É voltada para o social, economia, política, e condições históricas necessárias para uma deliberação saudável, bem como as atitudes, comportamentos, e crenças apresentados pelos participantes. Finalmente, a teoria da democracia deliberativa contém uma leitura profunda das questões fundamentais relativas aos direitos, soberania popular e constitucionalismo.

A autora defende ainda o uso da barganha nesse processo de deliberação, uma vez que muito raramente a barganha é utilizada de modo ilegítimo ou antidemocrático. Esta defesa foi ancorada no legado de HABERMAS, que foi um dos teóricos da democracia deliberativa. Segundo ele, embora haja controvérsias públicas entre várias partes, tais são mencionadas como uma necessária condição para o modo democrático de tomada de decisão, o processo democrático está institucionalizado no discurso e processo de negociação pelo emprego de formas de comunicação e, que todos os resultados alcançados em conformidade com o processo sejam razoáveis (1996).

MÁIZ (2006), também defensor da democracia deliberativa, afirma que a mesma supõe, com efeito, a superação da lógica unilateral das maiorias e o controle

posterior e a priori dos governantes (representação), se bem que, todavia, retém, em alguma medida, o momento de mediação entre os envolvidos que caracteriza a lógica participativa-direta. Porém, a deliberação consiste, em primeiro lugar, na mudança de preferências que resulta da comunicação, a mesma requer uma exposição substantiva à informação e a um leque amplo de opções, ou seja, destrinchar todo o processo. Em segundo lugar, o modelo da democracia deliberativa aspira uma identidade entre governantes e governados, e o faz de maneira muito diferente da própria democracia participativa, em razão de a tomada de decisões se realizar não através da mera expressão exteriorização do peso irresistível das preferências dadas da maioria, nem da pressão e negociação estratégica de seus atores coletivos, estes entendidos como os representantes de instituições, ONGs, entre outros, e, sim, através da discussão aberta e mutuamente transformadora entre cidadãos livres e iguais em contextos institucionais dispostos a tal fim.

O autor faz um contraponto entre os três modelos de democracia apresentados neste trabalho, no que concerne à legitimidade do processo de tomada de decisão, o que se tornou pertinente na nossa discussão. Segundo ele, para a democracia representativa o que legitima a decisão é o consentimento da maioria no parlamento. Para a democracia participativa, ao contrário, é a decisão da maioria dos cidadãos o fator último de legitimação. Muito diferentemente, para os pressupostos deliberativos, mesmo quando ao final exista uma votação e se promova uma ampla participação da cidadania, é o esclarecimento pessoal e coletivo que precede a decisão, é o que fornece o fator chave de legitimação de um sistema democrático, a produção coletiva do bem comum por meio da discussão pública. O mesmo ainda sintetiza as qualidades da democracia deliberativa enquanto modelo normativo:

1-proporciona informação superior sobre as próprias preferências, as preferências dos demais e os efeitos das decisões;

2-modifica as preferências em curto prazo;

3-produz decisões de maior qualidade, mais debatidas e incorporando mais pontos de vista;

4- aumenta a possibilidade de alcançar consenso em torno do bem comum, ou toda vez que a deliberação pode aprofundar as diferenças, em causa do dissenso, praticando uma economia moral de desacordo¹ que reforça o valor do respeito mútuo (o que implica em mais tolerância e interação construtiva);

5-reforça a equidade ao requerer a igualdade real e a não discriminação, nas oportunidades de participação no debate público;

6-gera uma cidadania mais qualificada e digna de tal nome, frente às redutivas figuras do votante, consumidor ou o participante maximizador primários de suas preferências imediatas.

Esta última qualidade faz-se essencialmente importante, devido ao risco dos argumentos apresentados nas discussões de base econômica para fins imediatos se tornarem potencialmente indicativos de manipulações.

Para MÁIZ, este modelo normativo está estruturado em torno de cinco princípios fundamentais: 1) devolução de poder a instâncias locais e regionais, segundo o princípio de subsidiariedade (governo mais próximo possível dos cidadãos); 2) participação ativa da cidadania; 3) deliberação como processo de informação,

¹ Economia moral do desacordo entendida como o processo de convivência e aprendizado com as opiniões contrárias.

comunicação discussão pública vinculada a; 4) decisão política vinculante (empowerment) trás a deliberação, frente ao mero assessoramento e consulta; 5) igualdade completa dos cidadãos como condição e objetivo fundamental do processo democrático.

Embora sejam pertinentes os apontamentos de MÁIZ, há alguns entraves que merecem ser discutidos. Em seu primeiro princípio apontado como devolução de poder a instâncias locais e regionais, vemos que este processo não é livre de questionamentos, uma vez que uma instância não abre mão de poder simplesmente em função de outra, deve-se considerar que há representação de interesses envolvidos na negociação. Outro princípio defendido pelo autor, também questionado, foi o que se refere à decisão política vinculante, que trás a deliberação, frente ao mero assessoramento e consulta. Não se pode afirmar que simplesmente o assessoramento e consulta der conta de resolver a questão da deliberação, se os envolvidos não têm autonomia ou até auto-estima de participar ativamente mesmo quando são informados ou assessorados sobre o assunto em questão, tem que se considerar que há outros fatores envolvidos, como já apontados, desigualdades econômicas, culturais, intelectuais, entre outros.

Nesses breves apontamentos teóricos destaca-se o filósofo alemão HABERMAS, como já mencionado, é um dos principais teóricos da democracia deliberativa. Para ele, o sucesso da deliberação política depende não de uma ação coletiva da cidadania, mas da institucionalização do processo correspondente e das condições da comunicação, bem como da ação recíproca de um processo deliberativo institucionalizado com informação pública desenvolvida informalmente. Tal discurso teórico estima que o alto nível de intersubjetividade do processo chegue à compreensão que toma lugar através dos procedimentos democráticos ou na rede comunicativa da

esfera pública. Defende, ainda, a existência de um subsistema especializado por decisões vinculadas coletivamente, ao passo que estruturas comunicativas da esfera pública constituem uma dilatada rede de sensores que reagem à pressão de problemas de toda a sociedade e estimulam opiniões influentes.

A opinião pública que se trabalhou via procedimentos democráticos, dentro de um poder comunicativo, não pode ser autogovernada, mas pode apontar o uso do poder administrativo em direções específicas. HABERMAS Salientou também sobre a relação existente entre a decisão orientada por processo de deliberação, a qual é regulada por procedimentos democráticos e um processo informal de formação de opinião na esfera pública. Assim, a extensão desses procedimentos, ao contrário de eleições gerais, eles não são simplesmente organizados pela votação que segue formação de opinião informal, eles, pelo menos, regulam a composição e operacionalização de assembléias, que convocam por uma sessão, na qual uma agenda é negociada e soluções são apresentadas se necessário (1996). Em seus argumentos, sempre estão presentes os aspectos que estão envolvidos na comunicação, visto que para ele é o elemento chave para a deliberação.

O consenso é um dos pressupostos da deliberação que ele mais defendeu, uma vez que, ele assume que uma prática argumentativa bem informada pode representar um ponto de convergência entre os participantes. Em todas as linguagens isoladas e linguagens comunitárias, tais conceitos são tidos como verdadeiros, racionais, justificados, portanto, consenso, mesmo se interpretados diferentemente e aplicados de acordo com critérios diferentes, fazem o mesmo papel gramatical. Nesse processo, ele justifica ainda o uso da negociação. Como uma peça central da política deliberativa, a negociação consiste em uma rede de discurso e o processo que é posto para facilitar a

solução racional de questões pragmáticas, éticas e morais, os muitos problemas que acumulam com a falha da integração funcional desses aspectos da sociedade. Reforça ainda que sempre sob condições ideais, discurso e negociação podem desenvolver solução para os problemas, mas somente quando os problemas são sensivelmente percebidos, adequadamente descritos e produtivamente respondidos à luz de uma reflexiva, pós-tradicional transmissão de cultura. Chegando a uma compreensão mútua através do discurso, de fato, garante que questões, razões e informações sejam manuseadas razoavelmente, mas tais compreensões ainda dependem dos contextos caracterizados por uma capacidade para o aprendizado, em ambos os níveis, cultural e pessoal.

Para a idealização de uma pura comunicação, faz-se necessário trazer uma funcionalidade de recursos para comunicação em geral. Isto é devido ao modelo ideal não dar conta dos custos do processo da comunicação e decisão. Não é considerado o limite da capacidade do processamento cognitivo proporcionado por uma simples rede horizontal de comunicação; em particular, isto é abstraído de uma desigual distribuição de atenção, competências, e conhecimento dentro de um público. Também são ignorados atitudes, motivações e propósitos para a orientação de uma compreensão mútua e é ainda cega para o egocentrismo, irracionalidade, e auto-decepção por parte dos participantes.

A comunicação e a tomada de decisão, trivialmente, tomam certo espaço e tempo nosso, também consome certa energia, e requer capacidade organizativa. A seleção de tópicos e contribuições, a qual é feita sob pressão de tempo, traz um custo adicional quando se perde ou adia uma tomada de decisão. Entretanto, uma inevitável divisão do trabalho na produção e difusão do conhecimento resulta em uma desigual

distribuição da informação e expertise. A estrutura da esfera pública reflete inevitavelmente assimetrias na disponibilidade da informação que é de chances desiguais para ter acesso à geração, validação, formação e apresentação de mensagens. Além dessas restrições sistêmicas, há a acidental desigualdade na distribuição de habilidades individuais. Os recursos para participar na comunicação política são no geral estritamente limitados (HABERMAS, 1996).

No dia-a-dia, a mútua compreensão entre sujeitos atuando comunicativamente é medida contra a validade que reivindica o maciço fundo de intersubjetividade compartilhada no mundo de vida chamada ao posicionamento de sim ou não. Tais reivindicações estão abertas para críticas e contém junto com o risco de dissidência, a possibilidade de reivindicação do discurso. Neste senso, a ação comunicativa se refere ao processo de argumentação, na qual aqueles que tomam parte para justificar suas validades reivindicam antes uma idealmente audiência expandida. Participantes prosseguem argumentando a respeito de suas suposições ideais para uma comunicação comunitária, sem limites no espaço social e tempo histórico. As contra factuais pressuposições assumidas pelos participantes na argumentação, de fato, abrem uma perspectiva, permitindo-lhes ir além de justificações de práticas locais, para transcender a provincialidade de seus contextos espaço-temporal, que são inevitáveis na ação e experiência. Estas perspectivas permitem-lhes, assim, fazer justiça para o significado da validade reivindicada de contexto-transcedido (Idem).

No procedimento de deliberação, HABERMAS adverte ainda que se deva evitar a falácia individualista, é o caso de que os efeitos de uma única experiência limitem a liberdade individual dos outros. Ao invés disso, as possibilidades de afetar outros, através de um processo regulado legitimamente e baseado em um consenso assumido,

autoriza o exercício de uma sociedade livremente constituída. O mesmo se aplica para o simbolismo de linguagem e cultura, bem como para as formas de vida, em que os indivíduos socialmente relacionados encontram-se. Contextos de modos de vida certamente constroem atores, mas somente no senso que eles abrem os horizontes para possíveis interações e interpretações.

Considerando-se essa discussão teórica, a análise da participação social no Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco será realizada utilizando o referencial da democracia deliberativa.

2. Democracia no Brasil

O século XX, no Brasil, foi marcado por alternâncias entre momentos de democracia e regime ditatorial. Entre os anos de 1930 e 1945, o sistema político dominante foi uma forma de corporativismo, que depois de breve período de intenções democráticas, transformou-se em uma forma autoritária de corporativismo, tendo os direitos políticos, civis e as eleições regulares sido suspensos. No período posterior, até 1964, a forma política vigente foi caracterizada por uma espécie de populismo semidemocrático (AVRITZER, 2002; MORONI, 2009). Este período foi denominado de populismo devido aos Governos de Vargas e João Goulart utilizarem essa forma de relação com seus governados. Esse fenômeno esteve presente em vários países latino-americanos a partir da década de 1930. Ao que parece, não há consenso na literatura quanto ao significado, motivações históricas e as diferentes manifestações, embora quase sempre sejam caracterizados como uma liderança carismática, com relação direta entre esta e seus governados, dispensando instâncias intermediárias, discurso

distributivista e a simbiose entre práticas políticas demagógicas e autoritárias, entre outros (FONSECA E MONTEIRO, 2005).

Finalmente entre 1964 e 1985, o Brasil viveu sob uma ditadura militar. Durante todo esse período, descrito até a década de 80, todas as tentativas de ruptura com a ordem democrática ligaram-se a diferentes conflitos entre as elites acerca do papel do Estado. Vale ressaltar que sempre ocorreram movimentos de resistência à dominação da ditadura militar. No final dos anos 70 e início dos anos 80 os movimentos sociais retomaram a questão da democratização do estado (AVRITZER, 2002; MORONI, 2009).

Em concordância, NOGUEIRA (2005) afirma que: “no Brasil a democratização foi bastante marcada pela negociação e por um expressivo protagonismo eleitoral, fatores que em boa medida viabilizaram a ruptura com o autoritarismo” (pg.139). Embora, durante a ditadura militar, a livre participação dos cidadãos na esfera pública fosse reprimida, isso não impediu que em instâncias fora das oficiais e controladas, florescesse uma pluralidade de experiências participativas e emancipatórias na base da sociedade brasileira. Apesar de a ditadura ter controlado e restringido a liberdade de expressão e de associação de indivíduos, havia algum espaço de resistência, mobilização e de debate. Tal espaço foi estrategicamente identificado e utilizado por milhares de organizações, sendo elas formais ou informais: militantes, religiosos, intelectuais, movimentos sociais inspirados por referenciais teóricos e morais, como a Teologia da Libertação e o movimento pedagógico criado por Paulo Freire, chamado de Educação Popular. Desse modo, grande parte das forças políticas e sociais que propuseram o processo de redemocratização, nos anos 80, estava impulsionada pela concepção de uma democracia ampliada, não apenas objetivando o retorno do sistema

representativo eleitoral. As intenções de mudanças eram maiores. As transformações pretendidas eram mudanças estruturais do Estado, de um regime não democrático, excludente e autoritário para instâncias e instituições abertas à participação das pessoas nas decisões políticas que afetam suas vidas (CICONELLO, 2009).

Vale ressaltar que um dos fundamentos da democracia aqui defendida é também a representação de interesses, através do estabelecimento do diálogo, da negociação e do alcance de acordos. E para o estabelecimento de tais acordos, se faz necessário o desenvolvimento de habilidades dos negociadores envolvidos, para que haja uma equiparação social dos interesses na esfera pública. Tal representação é legítima e inerente a democracia, e não simplesmente assistência aos menos favorecidos.

Os movimentos sociais que impulsionaram a abertura política no Brasil sabiam das limitações do regime democrático representativo, por isso, buscavam referenciais teóricos da chamada “democracia participativa” ou da “democracia deliberativa”, com a finalidade de construir novas institucionalidades no Estado brasileiro. Todo esse processo que rompeu em segmentos importantes da sociedade brasileira, durante as décadas de 70 e 80, provocou uma democratização no nível institucional-legal do sistema político do país (Idem).

Assim sendo, a democratização brasileira se ampliou para além do regime político. Foram apresentadas propostas de fortalecimento do poder de influência dos cidadãos, na Assembléia Nacional Constituinte, através das chamadas “iniciativas populares” que levaram a um aumento da influência dos diversos atores sociais em várias instituições. A Constituição Federal de 1988, produto de todo este processo, promulgou uma série de princípios e diretrizes sobre a participação dos cidadãos no desenho, na implementação e no controle social das políticas públicas. Reconheceu,

ainda, novas atribuições para as organizações da sociedade civil, com destaque para o papel de protagonista na condução da “coisa pública”. Como exemplo, tem-se o artigo 29 sobre a organização das cidades, que requer a participação dos representantes de associações no processo de organização dos municípios (AVRITZER, 2002; MORONI 2009; CICONELLO, 2009; WAMPLER E AVRITZER, 2004).

Como exposto anteriormente, os movimentos sociais, iniciados nos anos 1970 e 1980, foram imprescindíveis para as conquistas que são usufruídas hoje no campo da democracia participativa no Brasil. A institucionalização da exigência constitucional da participação social no processo de tomada de decisão das políticas públicas foi o principal ganho desse processo. Sabe-se que há ainda muito que avançar em termos de participação da sociedade e envolvimento da mesma no processo de gestão, mas é inegável a herança desses movimentos.

SANTOS afirma que, ao trabalhar de forma explícita pelo princípio de tornar a democracia participativa e responsabilizável, os movimentos sociais iniciaram um processo político, graças ao qual as populações, em longo prazo, puderam participar eficazmente da elaboração das leis, pressionando os legisladores a produzirem leis orientadas pelas solicitações populares. Assim, a política de longo prazo dos movimentos objetiva a retirada de legitimidade das estruturas do poder político hegemônico e excludente, e, também, a conversão das estruturas verticais da hierarquia social, para o nível horizontal, através do reforço da política paralela de democracia participativa local. Dessa forma, os movimentos e até os micromovimentos, por um lado, visam o problema de tornar as instituições de governo em todos os níveis, mais responsáveis, transparentes e participativas, e, por outro, criam novos espaços políticos

fora da estrutura estatal, em que as próprias populações sejam capazes de tomar decisões coletivas sobre questões relacionadas com suas vidas (2002).

A partir dessas considerações teóricas adotamos o termo participação social, para caracterizar ações ou processos de democracia participativa, pois, “a democracia é, além de um processo político, um processo social, no qual a participação dos cidadãos passa a ser o parâmetro para definir o grau de realização da prática democrática” (ALMEIDA, 2010, pg.134). Também adotamos o conceito elaborado por ESCOREL E MOREIRA (2009) para participação social:

Um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão. (p.231)

Conforme o exposto, não se pode negar as comprovadas melhorias na democratização do país e das conquistas da participação social, embora este processo ainda apresente muitos obstáculos a serem superados, em termos de conquista de autonomia por parte dos cidadãos e efetivação da participação nas decisões políticas e econômicas. Um dos principais entraves para o pleno exercício da cidadania, principalmente pelas categorias que mais demandam por políticas sociais, é a desigualdade social. Para GREEN (2009), as pessoas afetadas pela pobreza, certamente precisam de oportunidades, como acesso à educação decente, à saúde de qualidade, água e saneamento, bem como à assistência adequada para ajudá-las a superar as desavenças do cotidiano. Pessoas em situação de pobreza precisam ter poder sobre seus destinos e sobre os fatores que os influenciam como: a política, o sistema de justiça, os mercados da terra, entre outros.

O autor utiliza o termo cidadania ativa, para designar uma combinação de direitos e de obrigações que vinculam indivíduos ao Estado. Cidadãos ativos exercitam seus direitos para melhorar a qualidade de sua vida, seja ela política ou cívica, através de sua participação na vida econômica e política, ou até mesmo na realização de ações coletivas, que, historicamente, têm permitido que pobres e excluídos se façam ouvir. Na justificativa do termo cidadania ativa, o autor afirma que pessoas trabalhando juntas, para determinar o curso de suas próprias vidas e lutando por seus direitos e pela justiça em suas sociedades, têm um papel central a desempenhar na responsabilização de Estados e outros atores por seus atos.

Essa concepção de cidadania ativa tem méritos inerentes: pessoas atingidas pela pobreza devem ter voz em decisões que afetem seu destino, ao invés de serem tratadas como beneficiários passivos de ações governamentais. Além disso, o sistema, ou seja, Governos, Poder Judiciário, Paramentos e empresas, não podem combater a pobreza e a desigualdade tratando as pessoas como “objetos” de políticas governamentais. Em vez disso, as pessoas devem ser reconhecidas como “sujeitos” que exigem seus direitos de forma consciente e ativa.

ZIONI E WESTPHAL (2007) também defendem que, para o enfrentamento das iniquidades e atuação na gênese das questões sociais, deve haver o reconhecimento da participação popular como condição para a transformação nas condições adversas de vida e da autonomia individual e coletiva como elementos criadores de novas alternativas e, portanto, transformadores da dinâmica social e da sociedade. No entanto, reconhecem que existe uma preocupação em se debater como podem ser produzidas condições sociais e de saúde, que correspondam a um nível adequado de vida. Reconhecem, também, ser necessário estudar como se dá o processo de definição de

prioridades e de formas de intervenção e qual o sentido da participação política no conjunto da sociedade, na elaboração e implantação de políticas sociais.

A esse respeito, WAMPLER (2004) chama a atenção para o surgimento de novas instituições democráticas no Brasil, após a redemocratização e cria o termo “públicos participativos”, para designar cidadãos organizados, que buscam superar a exclusão social e política por meio da deliberação pública, da promoção, da transparência e responsabilização e da implementação de suas preferências políticas. Novos atores e seus aliados políticos institucionalizaram suas estratégias e práticas em sistemas de produção participativa de decisões, criando, assim, uma nova esfera de deliberação e negociação. Essa ação, segundo o autor, foi desencadeada por estratégias políticas das organizações da sociedade civil, que são frequentemente dirigidas pela necessidade de encontrar soluções imediatas para problemas sociais, assim como pelo interesse mais geral de ampliar o acesso dos cidadãos comuns aos processos de tomada de decisão pública.

Como discutido anteriormente, não são poucos os autores que enfatizam a importância da participação social, mas essa participação deve ser qualificada e politizada, deve haver o empoderamento de categorias mais excluídas e vulneráveis da sociedade.

Tudo isso constitui uma nova cultura, ou um novo paradigma. Como mencionado acima, para que esse paradigma seja de fato internalizado, faz-se necessário, além da educação, da informação, o direito de voz, das pessoas e das comunidades, no planejamento e na execução das políticas públicas. Para KLEBA E WENDAUSEN (2009), empoderamento significa aumento de poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais interpessoais e institucionais. Ocorre

em contexto de mudança social e desenvolvimento político, que objetiva promover a equidade, através de suporte mútuo, cooperação, autogestão e participação em movimentos sociais autônomos. Surgiu da tradução do termo inglês *empowerment*, que preconiza o controle sobre os fatores que podem influir no cotidiano dos indivíduos e grupos coletivos. Em sua origem e estratégia, encontram-se a psicologia comunitária, movimentos de auto-ajuda e práticas sociais, surgidas a partir de reivindicações e lutas dos novos movimentos sociais ocorridas nas décadas de 60 a 80, em vários países. O empoderamento social tornou-se uma importante estratégia que pode contribuir para a consolidação de políticas públicas. Além disso, pode colaborar para a construção de políticas públicas sociais que têm como objeto a intervenção nos setores que interferem na qualidade de vida das populações, p.ex.: salário digno, moradia, saneamento, e acesso à educação (CARVALHO E GASTALDO, 2008).

2.1 Espaços Institucionais de Participação

A Constituição Federal de 1988 e emendas constitucionais estabelecem que deva haver participação de trabalhadores, aposentados, empregadores, comunidade, população, sociedade civil e de usuários em órgãos gestores e consultivos nas mais diversas áreas de políticas públicas. Existe todo um aparato legal (legislação complementar, disposições constitucionais, normatizações) para regulamentar o modo de funcionamento de mecanismos e de fóruns participativos (CÔRTEZ, 2007).

Têm ocorrido em todo o país processos de descentralização da gestão em várias áreas, com destaque para a área da saúde, assistência social, educação, entre outras. Um fator comum a esses processos tem sido a transferência de recursos financeiros da esfera

federal para as demais esferas de governo, condicionada à criação de fóruns participativos, em todos os níveis, desde o federal ao municipal. Devido a tais políticas descentralizadoras, o município tem sido a esfera mais pertinente no processo de tomada de decisões de políticas públicas. Desse modo, criam-se condições para que os conselhos municipais (instâncias de deliberação), vinculados à gestão, passem a representar um importante papel no processo decisório (Idem).

2.1.1 Conselhos de Políticas Públicas

CICONELLO (2009) considera que, os Conselhos de Políticas Públicas foram criados com o objetivo de operacionalizar os ideais participativos presentes na Constituição Federal, o que permitiria à população brasileira, um maior acesso aos espaços de formulação, implementação e controle social das políticas públicas. Ao invés das decisões governamentais ficarem restritas aos membros do executivo e aos gestores públicos, elas passaram a ser compartilhadas com a sociedade civil. O autor defende que o Conselho possui diversas atribuições legais, dentre elas, a de formular as estratégias e definir as prioridades da política de saúde, aprovação dos recursos públicos destinados à execução dos programas e ações governamentais, e, por fim, monitoramento e avaliações das ações do governo. Ele ainda sistematizou o que seria um modelo ideal de um Conselho de Política Pública:

- Paritário (representantes governamentais e representantes da sociedade em igual número);
- Deliberativo (com atribuições de deliberar sobre a formulação, as prioridades e o orçamento da política);
- Com gestão compartilhada da política, permitindo o controle social por parte das organizações e movimento da sociedade civil (monitoramento e avaliação);

- Implantado nas três esferas da Federação (União, Estados e Municípios), formando uma estrutura de gestão federativa das políticas públicas;
- Com representantes da sociedade civil eleitos autonomamente em fórum próprio, não sendo indicados por decisão unilateral dos governos (p.611).

MORONI (2009), em sua abordagem sobre conselhos, resume:

[...] na verdade, o conselho é um instrumento para a concretização do controle social - uma modalidade do direito à participação política de que deve interferir efetivamente no processo decisório dos atos governamentais. [...] podemos dizer que os conselhos deslocam o espaço de decisão do estatal-privado para o estatal-público, dando oportunidade à transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos, em que a governabilidade é democrática e compartilhada por todos (pg.115).

TATAGIBA (2002), em seu estudo sobre conselhos, faz uma reflexão sobre os verdadeiros ganhos desse tipo de participação social, e afirma que a sua efetiva articulação varia, dependendo da natureza dos governos, da capacidade de pressão da sociedade organizada, etc. Esperava-se que, por meio da participação cidadã nos espaços institucionais, seria possível reverter o padrão de planejamento e execução das políticas públicas no Brasil. A intenção era que mecanismos de participação obrigassem o estado a negociar suas propostas com outros grupos sociais, dificultando, assim, a tradicional “confusão” entre os interesses da sociedade e os interesses dos grupos que circulam em torno do poder estatal e costumam exercer influência direta sobre ele. Em sua reflexão a autora questiona: *“até onde essas e outras promessas/expectativas foram cumpridas? Até onde a formalização dessas instâncias de participação democratizou a gestão pública e o acesso aos bens públicos?”* (pg.48).

Sabe-se que a própria existência dos conselhos indica uma importante vitória na luta pela democratização dos processos de decisão. Estudiosos no assunto

(SERAPIONI, 2010, 2011; CICONELLO, 2009; CÔRTEZ, 2007) apontam que tem sido muito difícil reverter, na dinâmica concreta de funcionamento dos conselhos, a posição central e o protagonismo do Estado, na definição das políticas e das prioridades sociais. Sobre essa questão CÔRTEZ (2007), porém, afirma, que a posição, favorável ou não, das autoridades sobre participação, pode também ser um fator determinante do êxito de processos participativos. Depende delas, em grande parte, o sucesso do funcionamento desses fóruns, viabilizando ou não o acesso dos participantes à infraestrutura de apoio e à pauta de questões a serem decididas. A autora cita alguns dos principais condicionantes de processos participativos em conselhos de políticas públicas: estrutura institucional da área da política pública em que se localizam; organização do movimento popular e sindical e dos grupos de interesses de usuários; posições das autoridades governamentais em relação à participação.

Outro ponto importante é a paridade dos conselhos de saúde, embora exigida pela legislação que estabelece os conselhos, TATAGIBA (2004) defende que, mesmo que entre sociedade e governo exista uma igualdade numérica, tal igualdade não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório. No funcionamento dos conselhos, os fatores que representam um maior obstáculo a uma relação mais equânime entre Estado e sociedade, conforme a pesquisa da mesma autora, são: a) dificuldade dos membros, tanto governamentais, quanto não governamentais, em lidar com a pluralidade, b) relação conselheiro-entidade e c) a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções. Desse modo, a obrigatoriedade legal da paridade para que se busque a equivalência entre Estado e sociedade nos conselhos, embora seja fundamental, não é suficiente para garantir a equivalência real, esta requer uma contínua disputa pela hegemonia no interior dos conselhos.

Outra questão a ser considerada na efetividade da participação social no interior dos conselhos é a sua representatividade; de acordo com estudos pesquisados, existem problemas na representatividade tanto dos conselheiros representantes da sociedade civil quanto nos representantes governamentais. Essa é uma questão que se revelou, ao longo da pesquisa, essencial. Pois, sem uma garantia de representantes legítimos e comprometidos com a política pública em questão, pode comprometer todo o processo deliberativo. Em muitos casos, inclusive apontados a seguir, há o comprometimento dos envolvidos, mas isso por si só não garante uma efetiva representatividade, se todos não dispõem de iguais condições de opinar e se fazer ouvir, ou até mesmo de ter um conhecimento prévio e condizente com a pauta em questão.

SERAPIONI et al. (2006), em seu estudo sobre instâncias colegiadas dos sistemas de saúde da Itália, Inglaterra e Brasil, revelou que a questão da representatividade apareceu em todos os três países, obviamente em aspectos diferenciados devido à gestão colegiada e sistemas de saúde distintos, em alguns casos houve relato de risco de auto-referência. No caso do Brasil, como constatado em outros estudos (TATAGIBA, 2002, CORTÊZ, 2007), a concentração das informações nos gestores e nos técnicos acaba influenciando as deliberações dos conselhos. Alguns entrevistados dessa pesquisa enfatizavam que a participação dos conselheiros usuários ainda é “tímida”, devida, na maioria dos casos, não se possuir uma qualificação que fosse considerada “adequada” para contribuir na análise e resolução de questões discutidas em reuniões, permanecendo-se, por algumas vezes, “alheios ao debate” (SERAPIONI et al. 2006).

Há também que se discutir a representatividade dos conselheiros governamentais. TATAGIBA (2002) relata a existência de um vínculo muito frágil

entre os representantes governamentais e seus órgãos de origem. Muitas vezes, os conselheiros governamentais tendem a defender nos conselhos suas próprias opiniões, e não os posicionamentos resultantes da discussão com seus órgãos originários. Desse modo, muitas vezes as posições do governo não chegam aos conselhos, e vice-e versa. Em alguns casos, isso ocorre devido a pouca importância que o Estado confere à sua participação nos conselhos, mandando para as reuniões pessoas não preparadas para as discussões ou com pouco poder de decisão. O mesmo ocorre com os representantes da sociedade civil. As pautas dos conselhos nem sempre são discutidas com as entidades, da mesma forma que a posição das entidades nem sempre chega ao conhecimento do conselho, de modo que possa influir nas deliberações. Essa falta de debate prévio com as entidades de origem tem-se revelado muito problemática, principalmente para os representantes dos usuários, que sem um amadurecimento prévio das questões, se tornam mais vulneráveis para adesão a posições defendidas por grupos com maior poder de argumentação e influência.

Devido a esses fatores, COELHO (2004) conclui que “a existência de mecanismos formais que asseguram o direito da sociedade civil a participar da definição das políticas sociais não é suficiente para garantir essa participação” (p.256). Porém, essa perspectiva muda com a existência de uma sociedade civil organizada e/ou de autoridades políticas comprometidas com o ideal democrático.

Como demonstrado, os conselhos de políticas públicas no Brasil são deliberativos, ao contrário de outros países pesquisados com relação a espaços institucionais de participação, tais como: Portugal, Itália e Espanha, os quais são consultivos (SERAPIONI et. al., 2010, 2011 e 2012). Isso não quer dizer que não haja alguma semelhança entre estes espaços dos países da Europa do Sul e os do Brasil, visto

que, devido aos entraves enfrentados pelas instâncias deliberativas brasileiras, apontados anteriormente, muitas vezes, os conselhos nacionais acabam exercendo uma função meramente consultiva ou de legitimação de decisões já previamente tomadas pelo poder público.

Como neste trabalho abordamos o conselho na área da saúde, especificamos na normatização do mesmo, neste campo de atuação. Conforme exposto, no Brasil tem-se assegurado constitucionalmente e pela legislação do SUS, a participação social por Conselhos Gestores e por Conferências, que devem ocorrer em todas as instâncias de poder. A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “*dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos financeiros na área de saúde [...]*” regulamentou a diretriz constitucional e estabeleceu a obrigatoriedade da participação social no sistema de saúde brasileiro. Mas só após a promulgação das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs), principalmente a de 1996, implementada somente em 1998, transformou-se em realidade a institucionalização da participação social em saúde, estabelecendo-se, como um dos requisitos para o repasse dos recursos, a comprovação da existência de Conselhos de Saúde. Transcorreu, assim, uma década, desde a constituição a consolidação do sistema participativo em saúde, ao menos no plano institucional.

ZIONI E WESTPHAL (2007) afirmam que a institucionalização da participação política através dos mecanismos de controle social do SUS levou ao interesse pela relação entre os atores sociais nessas instâncias, pelo grau de participação dos diversos segmentos da sociedade.

A participação dos cidadãos no campo da saúde tem-se tornado alvo de intenso debate, inclusive a nível internacional. SERAPIONI (2010) defende que há

reivindicações por uma maior atenção ao doente como pessoa, para uma maior humanização das relações entre as instituições sanitárias e os pacientes, e, com isso, tem ocorrido um maior respeito à voz e ao julgamento dos usuários. Ao mesmo tempo, surgiu uma demanda de participação, de consento informado e de controle por parte dos usuários da assistência e estruturas sanitárias. Defende ainda que, de fato, um dos temas centrais das reformas sanitárias ocorridas nos países ocidentais, nos últimos 20 anos, diz respeito à valorização do ponto de vista dos cidadãos.

Esta tendência é reforçada pela Organização Mundial da Saúde, que tem apoiado reiteradamente esta estratégia, em suas publicações. O mesmo autor ainda ressalta que *'partnership, public participation, e 'empowerment'* são algumas das palavras-chaves mais recorrentes nos textos das reformas dos principais países ocidentais.

2.1.2 Conferências de Saúde

Outro mecanismo de participação social também criado pela Lei Orgânica de Saúde n 8.142/90 são as Conferências de Saúde, que tem natureza distinta dos conselhos de saúde, mas são complementares a eles. As conferências públicas de saúde ocorrem de quatro em quatro anos, em todas as instâncias de poder, desde o âmbito municipal ao federal. Uma das principais potencialidades desse mecanismo de participação é a possibilidade de, no seu espaço de discussão, criarem-se pautas políticas e uma agenda de prioridades que irão, por sua vez, influenciar a política pública da saúde, nos anos seguintes. Uma vez elaborada, essa agenda pode ser monitorada pelas organizações da sociedade civil, em vários espaços políticos, incluindo-se os conselhos.

CICONELLO (2009) afirma que as Conferências reúnem milhares de pessoas em todo o país. São um processo que inicialmente ocorre na esfera municipal, em que, além do debate propositivo sobre a política, elegem-se delegados para as conferências sucessivas nas instâncias estaduais e nacionais. Nos últimos anos, tem aumentado a quantidade de conferências realizadas no Brasil, isso em decorrência, segundo o autor, de um maior estímulo do governo a tais eventos.

ALMEIDA (2010) defende que: “as conferências nacionais estão se constituindo numa das mais dinâmicas e abrangentes formas de participação social na esfera federal” (pg.140). Para ele, as conferências abrem um processo intenso de discussão que absorve uma diversidade de atores sociais que, de outro modo, não possuem outros espaços institucionalizados para apresentar e discutir suas propostas, opiniões ou até mesmo anseios em relação à saúde. As conferências podem ter um formato de arenas públicas, nas quais é viabilizado o encontro de diversos pontos de vista, desempenhando, assim, uma importante função no desenvolvimento das políticas públicas. Como arena pública, as conferências fornecem possibilidades para se por em discussão diferentes perspectivas existentes na sociedade, e, se bem conduzidas, podem se constituir numa forma efetiva de participação da sociedade na elaboração de políticas públicas, conforme o que se preconiza na Constituição. O autor ainda defende que as conferências, como espaços que favorecem a cidadania, disponibilizam para a sociedade e para os governos uma produção de políticas públicas democrática, isso devido à expressão dos consensos produzidos ao longo dos debates, e a sistematização das diferenças apresentadas.

Apesar de representar um instrumento importante para o envolvimento da sociedade na elaboração das políticas públicas da saúde, e de seu potencial

democratizante, conforme enfatizado pelos autores acima citados, muitas conferências têm se resumido apenas ao cumprimento de uma normativa legal, não se constituindo realmente em espaço de discussão, elaboração e atendimento às necessidades de saúde das comunidades. Porém, convém ressaltar a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi gestada a Reforma Sanitária, que resultou no capítulo 196 da constituição e na criação do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

3. Promoção de Saúde

Em termos de propostas de intervenção de políticas públicas, as iniciativas de Promoção da Saúde vêm colaborando com a participação política da população no sentido de favorecer a transformação social. A carta de Ottawa, que foi o resultado da primeira conferência mundial em Promoção da Saúde, a define como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, ampliando esse conceito, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. Desse modo, estabelece que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2003).

A Organização mundial da Saúde tem uma definição mais ampla:

A Promoção da Saúde consiste em um processo político social global que abarca não somente as ações dirigidas diretamente a fortalecer habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também a modificar as condições sociais, ambientais e econômicas, com o objetivo de aliviar seu impacto na saúde pública e individual. A promoção da saúde é um processo que permite que as pessoas aumentem o controle sobre os

determinantes da saúde e em consequência melhorem sua saúde. A participação é essencial para sustentar as ações de promoção da saúde” (WHO, 1998 p. 1).

Destacam-se também, no campo da Promoção da Saúde, os papéis de capacitação individual e social para a defesa da saúde e de mediação, entre os diversos setores envolvidos. A carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação para a promoção da saúde:

*elaboração e criação de políticas públicas saudáveis;

*criação de ambientes favoráveis à saúde;

*reforço às ações comunitárias;

*desenvolvimento de habilidades pessoais;

*reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003).

Em relação ao terceiro campo de ação para a promoção da saúde, preconizada pela Carta de Ottawa, que é o que mais interage com a temática da pesquisa, reforço as ações comunitárias. BRYANT et al. (2007), em sua pesquisa sobre saúde urbana no Canadá, argumenta em favor de uma investigação em saúde participativa urbana e a formação de uma agenda de ações com, entre outros componentes; (a) ênfase na promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde, (b) investigação de base comunitária participativa, e (c) com base nas experiências vividas das pessoas, influenciar a mudança de análise política. Defende, ainda, que pesquisadores e promotores da saúde urbana são convidados a recorrer a novos desenvolvimentos da teoria da promoção da saúde, nas comunidades e de investigação para identificar e fortalecer as raízes da saúde urbana, através de uma ação cidadã nas políticas públicas.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada através da Portaria nº 687, de março de 2006, afirmando que para o desenvolvimento da promoção da saúde é imprescindível intervir sobre problemas como *“violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água”*; questões que estão em sintonia com o artigo 3º da Lei 8.080, de setembro de 1990, documento que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

As ações de Promoção da Saúde no Brasil são muito diversificadas. Em termos de “foco”, podem estar dirigidas a indivíduos, grupos de populações específicos ou a toda a população. Quanto ao “objeto”, pode se tratar de um único problema de saúde, sensível às ações de promoção, ou serem abrangentes (BUSS et. al., 2009).

Com relação às políticas públicas de desenvolvimento, à intersetorialidade e à ação comunitária, BUSS fala de diversas iniciativas de Promoção da Saúde, de natureza intersetorial, envolvendo a participação de diversas áreas governamentais da sociedade: como o programa bolsa família; cidades/comunidades saudáveis; escolas promotoras da saúde e outras experiências locais. Ressalta, porém, que, no Brasil, as estratégias promocionais, bem como a implementação de políticas públicas para a saúde, têm esbarrado na estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, predominando uma cultura setorial e competitiva, a ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social, e o predomínio da racionalidade biomédica no campo da saúde, o que dificulta ações de promoção. Reconhece, no entanto, que, desde as primeiras décadas do século XXI, como estão sendo construídas bases políticas e desenvolvimento teórico, existem fortes indicadores de que o campo da promoção da

saúde continuará em trajetória ascendente no país, nos campos da política pública, da ciência e tecnologia, assim como dos movimentos sociais (Idem).

III. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a dinâmica da participação social dentro do espaço colegiado institucional do âmbito da saúde no município de Rio Branco-Ac, identificando ações que visem à promoção da saúde.

Objetivos Específicos

- Descrever a forma como o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco está organizado e como se desenvolve a participação social dentro deste espaço.
- Compreender o mecanismo de formulação de políticas públicas, identificando a influência da participação social no processo de tomada de decisão, dentro do órgão colegiado.
- Identificar relações de intersetorialidade envolvidas nas atividades de promoção da saúde, caracterizando a influência de processos democráticos em tais ações.

IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa foi realizada adotando-se uma abordagem qualitativa, pois, como se propôs à compreensão de fatos coletivos e sociais, somente foi possível por meio da utilização de uma metodologia que permitisse o aprofundamento de tais questões. Conforme DESLAURIERS E KÉRISIT (2010) “*a pesquisa qualitativa tem sido, inúmeras vezes, utilizada para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva), ou para explorar determinadas questões (pesquisa exploratória), que dificilmente, o pesquisador que recorre a métodos quantitativos consegue abordar*” (p.130). Sobre essa perspectiva, ZIONI E SOUZA (2005) afirmam que, ao contrário das construções metodológicas alicerçadas no empirismo e no experimentalismo, não busca a generalização de resultados, seu objetivo é a compreensão seja de um grupo social, uma organização, ou de uma instituição, de uma política, ou de uma representação.

Trata-se de um estudo de caso da participação social, no espaço de negociação colegiada institucional da saúde do município de Rio Branco. Esta estratégia de coleta de informações foi utilizada para possibilitar a organização das informações adquiridas e preservar o caráter unitário do objeto social do estudo. Essa escolha metodológica permitiu, inicialmente, fornecer explicações no que concerne diretamente ao caso considerado e elementos que marcam o seu contexto (LAVILLE e DIONNE, 1999, CHIZZOTTI, 2005).

1. Etapas do trabalho de campo

A pesquisa foi realizada em etapas, a primeira delas consistiu na ida ao órgão colegiado no âmbito da Secretaria de Saúde de Rio Branco (Conselho Municipal de Saúde- CMS), e posterior acompanhamento das reuniões do referido órgão, a fim de:

- conhecimento e familiarização com as diversas entidades e órgãos governamentais e não governamentais representados na instituição colegiada, assim como a identificação dos representantes dos usuários do sistema de saúde e conhecimento da política pública de saúde apresentada pelo gestor aos conselhos e pautas de discussão;
- Conhecimento do cronograma de reuniões, para posterior acompanhamento e observação de tais reuniões;
- Identificação nos pontos de pauta de propostas de ações que visem à promoção da saúde;
- Identificação de possíveis atores sociais, que exercem influência no poder de decisão, principalmente entre os representantes dos usuários de saúde.

Esta etapa da pesquisa durou 12 meses, no período compreendido entre Outubro de 2011 a outubro de 2012 e, paralelamente, foram realizadas as entrevistas e pesquisa documental a serem descritas posteriormente. Durante o acompanhamento e observação das reuniões do colegiado do CMS, foi adotada uma técnica para a observação das mesmas, conhecida como observação sistemática. No caso desse trabalho, a observação sistemática foi realizada com roteiro e com uma definição anterior dos espaços.

ZIONI E SOUZA (2005) defendem que esse instrumento proporciona uma melhor compreensão das contradições vividas pelos indivíduos no seu cotidiano. Entretanto, acreditam que a observação, assim como outras técnicas utilizadas na construção do objeto de estudo, não reúna condições para a apreensão integral da realidade, porque induz a “explicações” elaboradas a partir de categorias interpretativas criadas pelo pesquisador, que têm como base a valorização de determinados aspectos da dinâmica social, em detrimento de outros. Desse modo, as autoras recomendam que esta técnica seja usada com outros meios de levantamento de dados. Seguindo essa orientação, nesta pesquisa adotamos a observação juntamente com a pesquisa documental e a entrevista que serão descritas mais adiante. As observações foram registradas através de anotações em diário de campo, e posteriormente analisadas, juntamente com as outras informações levantadas com as demais técnicas utilizadas neste trabalho. Pois, a análise das falas, ao lado de uma observação sistemática acerca dos múltiplos aspectos inerentes ao cotidiano dos sujeitos e do levantamento de informações complementares, como as que representam a sua dinâmica social, são instrumentos que subsidiam a compreensão destes significados, bem como dos elementos políticos, culturais e econômicos que compõem o contexto no qual são produzidos socialmente (SOUZA E ZIONI, 2003), subsidiando deste modo, o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

A segunda etapa consistiu na busca de fontes documentais, a fim de identificar propostas e ações ou políticas resultantes do CMS de Rio Branco. Assim, nesta pesquisa nos propusemos a analisar os documentos de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde, bem como as atas das reuniões do CMS, por um período de quatro anos, compreendidos entre 2008 e 2011.

A busca por informações documentais se deu nos seguintes documentos:

- Relatório Final da VI Conferencia Municipal de Saúde de Rio Branco-ano 2006;
- Minuta da VII Conferência Municipal de Saúde realizada em 2011;
- Planos Municipais de Saúde de Rio Branco-Acre 2007-2010 e 2011-2013;
- Relatórios de Gestão dos anos 2008, 2009, 2010 e 2011;
- atas das reuniões do CMS do período de 2008 a 2011;
- Resolução no. 333, de 4 de novembro de 2003 (aprova as diretrizes para criação, reformulação e funcionamento dos Conselhos de Saúde);
- Lei no. 964, de 08 de outubro de 1991 da Prefeitura Municipal de Rio Branco-Acre (Institui o Conselho Municipal de saúde);
- Lei no. 1.318 de 08 de Abril de 1999; da Prefeitura Municipal de Rio Branco-Acre (Dá nova redação ao art. 3º da lei 964 de 08 de outubro de 1991);
- Lei no. 1.372 de 10 de novembro de 2000, também da Prefeitura Municipal de Rio Branco-Acre (Dispõe sobre alteração do CMS);
- Resolução do CMS no. 004 de 27 de dezembro de 2007 (Aprova o regimento interno do CMS);
- Regimento do Conselho Municipal de Saúde.

Diante da vasta gama de informações contidas nestes documentos, selecionamos informações de registros de participação social, na formulação de políticas públicas. Identificamos, assim, propostas das Conferências Municipais de Saúde, que realmente

tenham tido a participação da sociedade e que se transformaram em ações executadas pelo poder público, através dos planos e metas contidos nos planos de saúde e apresentados à sociedade através dos respectivos relatórios de gestão. Também se buscou a identificação dos processos de participação da sociedade no órgão colegiado, através do registro das reuniões nas atas do CMS.

A pesquisa documental frequentemente faz parte das técnicas de pesquisa como esta, devido ao seu incontestável valor. CELLARD (2010) defende que: *“por possibilitar realizar alguns tipos de reconstrução, o documento escrito constitui, portanto, uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais”* (p.295). Além do mais, o documento, com muita frequência, permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas em um passado recente, por que permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. Não importando a sua forma (impressos, audiovisuais, entre outros), os documentos aportam informação diretamente, devendo ser triados, criticados, ou seja, sua qualidade deve ser julgada em função das necessidades da pesquisa, e em seguida codificados ou categorizados (LAVILLE E DIONE, 1999).

Na terceira e última etapa da pesquisa de campo, foram realizadas entrevistas com atores sociais, eleitos a partir da primeira etapa. Tais entrevistas objetivaram a elucidação de algumas das questões que permeiam as relações no ambiente interno dos órgãos colegiados, tais como:

- entendimento ou percepção de relações de poder dentro das instâncias colegiadas;
- nível de comunicação entre representantes e seus pares de entidades originárias;

- grau de conhecimento dos componentes sobre políticas públicas de saúde e da máquina administrativa da Secretaria Municipal de Saúde;
- nível de compromisso da entidade gestora com o órgão colegiado;
- entendimento ou percepção da importância do papel de representante (no caso dos usuários) e auto-estima;
- resolubilidade de acordo com as demandas dos representantes da sociedade civil.

Como, durante a pesquisa de campo, verificamos que o CMS de Rio Branco era composto por apenas 16 membros, sendo que oito representam o segmento dos usuários e os outros oito, o segmento da gestão e prestação de serviço, buscamos entrevistar todos os membros do conselho, sendo possível a realização de 15 (quinze) entrevistas, devido a um conselheiro, representante do segmento do serviço de saúde não ter comparecido no dia e hora marcados para concessão da mesma. Priorizamos entrevistar os membros titulares, sendo entrevistados suplentes apenas em duas situações:

- 1- o membro suplente participava mais ativamente das reuniões do conselho, e, portanto, julgamos que tinha mais a contribuir na pesquisa;
- 2- a mudança do membro titular para suplente ocorreu após o início da pesquisa, sendo que o membro permaneceu mais tempo como titular do que como suplente.

Para a realização das entrevistas, utilizamos um roteiro de questões norteadoras (conforme anexo I), apenas com a finalidade de direcionar o diálogo de modo que atendesse aos propósitos desta pesquisa, sendo que os entrevistados ficaram livres para falar e expressar suas concepções sobre o assunto em questão, seguindo as

orientações de TURATO (2008), a respeito da entrevista semidirigida. Estas entrevistas foram gravadas em reprodutor de áudio digital portátil (tipo mp4) e as falas foram posteriormente transcritas com fidelidade para análise. Os relatos orais podem enriquecer os estudos sobre a participação social, afirma DEMARTINI (2008), “através deles, podemos apreender uma variedade de representações e visões, de indivíduos socialmente inseridos em posições diferentes” (p. 05). Além disso, a entrevista permite estudos de fatos tais como: ações passadas, conhecimentos sociais, e sistemas de valores e normas, dentre os quais a palavra é o vetor principal. Através da análise das falas é possível também, identificar fenômenos de persuasão, de argumentação, etc. (SOUZA E ZIONI, 2003).

A entrevista é aqui definida como um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, objetiva a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Enquanto instrumento de coleta de informações, a entrevista deve estar submetida aos cânones do método científico, um deles é a busca da objetividade, ou seja, a tentativa de captação do real. Apesar de não se acreditar que o real possa ser captado “como num espelho” se assume a postura relativista de que se faz “leituras do real” (HAGUETTE, 2010).

2. Técnicas de Tratamento do Material Coletado

As informações, registradas através de notas, análise documental, gravações, registros de observações, diário de campo, entre outros, foram sistematizadas na medida em que as informações da pesquisa de campo foram sendo acrescidas.

Foi utilizada, no tratamento de todas as informações coletadas, uma técnica de análise defendida por ZIONI e SOUZA (2005), a *triangulação*. Para as autoras, esta análise consiste na comparação entre os diferentes discursos levantados e os dados obtidos de fonte de dados secundários. Esse procedimento, além de validar dados qualitativos, permite-nos trabalhar todas as diferentes representações sobre a realidade, que podem ser desenvolvidas em determinado contexto, elaborando, assim, um painel de possibilidades interpretativas.

Associado à triangulação, foi utilizada também a técnica de tratamento e análise de informações, denominada como análise de conteúdo. O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, a significação explícita ou ocultas. Esta técnica procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a algumas características particulares ou categorias conceituais que permitam passar da descrição à interpretação (CHIZZOTTI, 2005).

TURATO (2008) afirma que esta aplicação necessita de complementação, sua sistematização teórica é ignorada pelas pesquisas qualitativas desenvolvidas pelos países da América do Norte ou mesmo em grande parte da Europa. O mesmo aconselha que todos os que utilizam as diversas modalidades da técnica de análise de conteúdo que

avancem para além do estágio meramente descritivo, para que se possa permitir a discussão partir dos dados trabalhados.

Seguindo a sugestão destes autores, nesta pesquisa tentou-se ir além de simplesmente categorizar por temas as informações coletadas, como preconiza a técnica, mas propor um quadro analítico por: emparelhamento, análise histórica ou construção iterativa de uma explicação.

No que concerne ao aspecto ético da pesquisa, foram respeitados todos os preceitos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas, da Faculdade de Saúde Pública da USP e foram observadas as recomendações quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice III).

Financiamento

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da Fundação Tecnológica do Estado do Acre (FUNTAC), com subsídios para a fase de coleta de informações.

3. O Campo de Pesquisa

Rio Branco, capital do Acre, é a maior e a mais populosa cidade acreana, concentrando mais da metade da população total do Estado, com um número de habitantes 336.038 (IBGE, 2010). Apresenta taxa de urbanização de 92,73%. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é uma medida resumida do progresso a longo prazo, divide-se em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde, que varia de 0 a 1, foi de 0,697. Segundo dados do PNUD, no ranking dos municípios brasileiros, realizado no ano de 2003, com base do censo de 2000, Rio Branco ficou na 1.767^a colocação, entre os 5.507 municípios listados. A cidade é ainda o centro administrativo, econômico e cultural da região, bem como dos serviços de saúde, é referência no estado para os tratamentos de média e alta complexidade. A economia local é movida fundamentalmente pelo poder público, comércio e agropecuária, a atividade industrial ainda é incipiente.

A rede de atenção básica à saúde do município está organizada em segmentos, que correspondem às unidades de saúde – Centros de Saúde e URAPs (Unidades de Referência de Atenção Primária), que são referências para as unidades de saúde da família de sua área de abrangência, totalizando 13 segmentos, respectivamente quatro URAPs e nove Centros de Saúde, e 53 Unidades de Saúde da Família. Em todos os 13 segmentos, estão sendo implantados os COPs (Conselhos Populares de Saúde), recentemente foram empossados 176 conselheiros para atuarem nos segmentos de saúde² (Relatório de gestão, 2012).

² Segundo relato do atual Secretário de Saúde do Município.

3.1 A participação social e a promoção da saúde em Rio Branco

Para uma breve contextualização da participação social em Rio Branco, faz-se necessário um pequeno resgate histórico dos movimentos sociais, uma vez que estes foram os embriões da iniciativa do envolvimento social nas questões de políticas públicas. Em virtude da escassa produção existente a esse respeito, no âmbito da cidade de Rio Branco, limitamo-nos à publicação de um historiador que descreveu tais movimentos comunitários ocorridos entre os anos 70 a 2000, KLEIN (2009).

Os movimentos comunitários no contexto acreano e, conseqüentemente, na capital têm suas origens ainda nos seringais, em razão da mudança da atividade socioeconômica, que antes era baseada no extrativismo da borracha. Devido à atenção aos objetivos desse estudo, tais conflitos não serão aprofundados, mas para entendermos esses primórdios das ações comunitárias em Rio Branco é necessário concordar com KLEIN (2009), segundo o qual, os conflitos nos seringais acreanos têm uma raiz muito profunda e estão interligados com uma política de mudança econômica e social que, de certa forma, atingiu quase toda a Amazônia brasileira. No início dos anos 60 e até os anos 90, vigoraram, nessa região, planos de reestruturação socioeconômica, que foram responsáveis pela rápida expansão populacional dos estados do Acre e Rondônia, visto que tal expansão foi incentivada por inúmeros projetos de assentamentos agrícolas dirigidos. A lógica era transferir para a região populações das regiões sul e sudeste, para que, elas pudessem efetuar a mudança do sistema econômico baseado no extrativismo para a agropecuária.

Essa mudança não ocorreu de forma pacífica, sem embates. Ao contrário, os seringueiros tinham suas casas vendidas junto com os seringais e, a partir desse momento, passaram a sofrer todo tipo de perseguição. Os povos da floresta (como eram chamados seringueiros, índios) tiveram que enfrentar derrubadas, casas queimadas e outras atrocidades praticadas por jagunços a mando dos fazendeiros. Esse esquema de expulsão dos seringueiros não se limitava a ações particulares dos fazendeiros, uma vez que esses contavam com o amplo apoio das autoridades do Estado, já que o próprio estava interessado em mudar a base produtiva do Acre.

Iniciava-se assim, o movimento de resistência, apoiado pela igreja católica, e por alguns atores sociais da época, como comerciantes, associações, etc., e que começaram a fazer movimentos pela luta por posse de terra. Essa lógica do embate, como defesa do modo de viver das colocações³ e dos seringais, que pertenciam aos seringueiros, tornou-se uma herança das lutas acreanas, que posteriormente transpõem os limites dos conflitos agrários e chegam até as cidades.

Esses conflitos entre os seringueiros e pecuaristas tiveram como ponto culminante o assassinato do líder sindicalista Chico Mendes. Deste modo, o sistema agropecuário teria se instalado de vez, restando poucos moradores da floresta que resistiram à expulsão. Quando os seringueiros, expulsos da floresta, saíram dos seringais e vieram para as cidades, eles se depararam com uma realidade em que foram obrigados a contribuir nas lutas dos movimentos comunitários, pois precisaram reivindicar por condições dignas de moradia e vida, tais como: energia elétrica, água, pavimentação de ruas, transporte, esgoto, escolas, policiamento, áreas de lazer e drenagem. Dentre as várias formas de organização comunitária, a que mais perdurou na

³ Espécie de endereço das moradias nos seringais.

capital acreana foi a associação de moradores, que tinham seus representantes eleitos por mandatos. Em Rio Branco, as associações de moradores surgiram da urgência em organizar a ocupação da cidade, devido a um grande contingente de pessoas expulsas da área rural.

No que diz respeito à participação social na saúde, a mesma também teve vários obstáculos à sua efetivação. A criação do Conselho Estadual de Saúde no Acre ocorreu no final do ano de 1990, porém, suas atividades eram restritas pelo gestor estadual, devido a composição do conselho ser estabelecida conforme a sua conveniência. Além disso, o Conselho tinha o seu poder fiscalizador de despesas, licitações de compras e prestações de contas, restrito. Conforme afirma KLEIN (2010): “As instâncias colegiadas do SUS no Acre [...] têm suas dinâmicas de funcionamento moldadas por pessoas e grupos articulados para defesas veementes das propostas dos gestores. Nessa forma de funcionamento há uma inibição de manifestações que venham a contribuir em debates nas instâncias colegiadas” (pg. 227). O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco foi criado em 1991, pela Lei no. 964, mas suas ações eram tímidas. Somente com a eleição municipal de 1992, é que ocorreram mudanças efetivas. Consta como atividade do Conselho, após este período, o plano de saúde para 1993, que reivindicava a descentralização dos postos e centros de saúde, bem como tratava da ampliação da cobertura dos serviços, a hierarquização do sistema, a preparação de recursos humanos e ampliação do controle social sobre os serviços. No ano seguinte, foi realizada a II Conferência de Saúde de Rio Branco, que reafirmou a intenção do município em assumir os postos e centros de saúde. Neste período, o conselho foi um importante espaço de discussão da política de saúde, principalmente em relação às pressões para a esfera estadual negociar a descentralização (KLEIN, 2010).

KLEIN (2010), em sua pesquisa de campo, observou duas reuniões do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2009. Nota-se, em seus apontamentos, que as informações de atividades bem sucedidas da secretaria tinham mais ênfase que os problemas apontados na reunião, que no geral eram minimizados. O autor relata ainda que, quando um conselheiro apontava aspectos negativos de prestação de algum serviço, prontamente os representantes da secretaria municipal se manifestavam em defesa e havia uma tentativa de silenciar o questionador. Evidenciando, assim, a semelhança das questões de relações de poder no interior deste Conselho, com os demais estudados e relatados anteriormente (BATAGELLO et al, 2011; ALMEIDA, 2010; AVRITZER, 2010, COTTA et al. 2010; CÔRTEZ, 2007, COELHO, 2004). O mesmo ocorreu também nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, nas quais houve queixas sobre os documentos da pauta não serem enviados com antecedência, para um melhor amadurecimento das questões e discussão entre os pares dos representantes. Outro protesto dos conselheiros, presenciado pelo pesquisador acima citado, foi o fato da existência de uma Portaria Ministerial que destinava recursos para o Acre, e sobre a qual não se havia dado a publicidade devida. Quando os representantes da Secretaria Estadual de Saúde foram interrogados sobre o destino dado aos recursos da Portaria, a resposta foi que “um grupo de técnicos da Secretaria já havia planejado como gastar os recursos”. É possível perceber, desse modo, que independentemente da esfera de poder, seja estadual, municipal, as questões apontadas, como a falta de voz e de poder frente aos representantes governamentais, eram as mesmas. Assim, o Conselho não conseguia exercer seu papel de fiscalizador e nem tão pouco de elaborador de Políticas Públicas de Saúde.

De acordo com o relatório de gestão de 2012, da Secretaria Municipal de Saúde, as ações que objetivam o “controle social”, restringem-se à manutenção do funcionamento dos conselhos comunitários de saúde, nos segmentos de saúde, garantia da infra-estrutura física, administrativa e a auto-gestão financeira ao Conselhos Municipais de Saúde. Outra ação de incentivo ao “controle social” descrita no mesmo documento é a ouvidoria municipal de saúde, que objetiva proporcionar à população usuária do SUS um canal receptor para intermediar as diversas situações entre a comunidade e a gestão dos serviços de saúde (SEMSA, 2012). Cabe neste parágrafo uma breve discussão acerca do termo controle social. Ao contrário da teoria sociológica⁴, os constituintes entenderam como controle social as formas pelas quais a população poderia fiscalizar o processo de elaboração de políticas públicas. O espaço constitucionalmente reservado à participação popular no SUS, recebeu o nome de “controle social”⁵.

Com relação às ações de promoção da saúde, estas são limitadas às áreas de atuação dos programas do Ministério da Saúde. Além disso, há a iniciativa do Programa Saúde em Movimento, que consiste em estimular a prática de atividade física regular entre grupos da população riobranquense. Assim, tendo em vista que, no sistema de saúde de Rio Branco, as iniciativas de Promoção da Saúde e de incentivo à participação social ainda são recentes e incipientes, nesse projeto de pesquisa, nossa proposta foi estudar a forma como se dá a participação social no ambiente interno do conselho, e como este espaço colegiado de saúde desenvolve (ou não), ações que proporcionem o empoderamento e o protagonismo. Buscamos saber também se a participação social tem

⁴ Utilizamos neste trecho a expressão “ao contrário”, devido à teoria sociológica apontar como controle social, o controle exercido pelos governantes aos seus governados, e neste caso, o sentido é o oposto, pretende-se afirmar que são mecanismos de controle da sociedade sobre os serviços públicos.

⁵ Trecho elaborado por Fabiola Zioni, não publicado.

resultado ou não em ações de Promoção da Saúde, ou se tem-se traduzido na elaboração de políticas públicas que visem à melhoria dos níveis de saúde da população.

4. Contexto empírico da pesquisa- O Conselho Municipal de Saúde

Foi criado em 1991, pela Lei Municipal n. 964 de 08 de outubro. Conforme essa lei, os membros do conselho, tanto os efetivos quanto os suplentes, eram nomeados pelo prefeito, mediante indicação do Secretário de Estadual de Saúde e dos dirigentes das demais entidades representadas, sendo estas governamentais. O Secretário Municipal era membro nato e presidente. Esta lei foi alterada pela Lei n. 1.318, de abril de 1999, que estabeleceu que a composição do Conselho Municipal de Saúde deveria ser paritária, conforme a Resolução n. 33/92 do Conselho Nacional de Saúde, sendo alterada novamente pela lei n. 1.372, de novembro de 2000, que além de várias mudanças na competência do conselho, altera principalmente a forma como seus membros são escolhidos, estabelecendo que os representantes tanto dos usuários como dos trabalhadores serão eleitos em plenária própria, autônoma. Institui, também, eleições entre os membros do conselho para a escolha da diretoria, devendo esta ser direta e aberta.

Segundo KLEIN (2010), “o Conselho Municipal de Saúde foi criado em um período em que a administração municipal estava empenhada na criação das instâncias legais do sistema de saúde e não havia organização para a prestação de serviços” (pg. 221). Em um contexto de descentralização e de poucas atividades nos serviços, o

conselho foi um espaço de discussão da política de saúde, principalmente, em relação às pressões para esfera estadual negociar a descentralização.

A implantação dos serviços municipais de saúde em Rio Branco só ocorreu após 1992, devido ao empenho de um novo governo municipal em tentar descentralizar os serviços, mas sem alcançar resultados positivos nesse processo, o novo prefeito implantou os serviços sem a cooperação da esfera estadual. Segundo o Autor, as discussões sobre a descentralização dos serviços foram intensas, porém sem acordos estabelecidos com o estado para a transferência dos serviços ao âmbito municipal (Idem).

Neste contexto o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco teve papel importante, levantou a possibilidade de envolver secretarias municipais de saúde de outros municípios, a imprensa, associações de classes, a população e o Ministério Público, isso para que as negociações com a esfera estadual fossem bem sucedidas (KLEIN, 2010).

Atualmente, o conselho é composto por 16 membros efetivos e 16 suplentes. Sendo que, destes, oito são representantes do segmento dos usuários através de organizações da sociedade civil. O segmento dos trabalhadores em saúde, gestores e prestadores de serviços é representado por quatro representantes de sindicatos trabalhadores em saúde, e quatro instituições gestoras e prestadoras de serviços.

São elas:

-Secretaria Municipal de Saúde;

-Hospital Santa Juliana – maior hospital filantrópico do estado, conveniado com a rede SUS;

-Secretaria de Estado de Saúde;

-Universidade Federal do Acre;

Os trabalhadores em saúde são representados pelos seguintes sindicatos:

-Sindicato dos Médicos do Estado do Acre - SINDMED;

-Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Acre - SINTESAC;

-Sindicato dos Profissionais Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Estado do Acre - SPATE;

Sindicato dos Odontologistas do Acre - SINODONTO;

Em relação ao segmento dos usuários, optou-se por fazer uma breve descrição de cada entidade, pois se entende que é através destas que a participação social se efetiva no plenário do Conselho Municipal de Saúde. No decorrer do processo empírico, foi observado que o perfil do conselheiro está ligado ao histórico de sua entidade, seu envolvimento com as causas defendidas por ela e trajetória pessoal dentro da mesma.

Central de Articulação das Entidades da Saúde - CADES

Fundada em 18 de julho de 2003, a Cades é o órgão representativo das entidades filiadas com atividade na área de saúde e com atuação no Estado do Acre. Tem como finalidade essencial a defesa da vida, de conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (CADES, 2012). Ela foi criada durante o Seminário das Entidades em Defesa da Vida, com a presença de dezenove entidades ligadas à saúde, estas são consideradas fundadoras. Este seminário foi realizado com a finalidade de fundar a Central, para

articular as entidades ligadas à saúde, promover o fortalecimento dos seus trabalhos, troca de experiências e unificar a luta por políticas públicas estruturais de suas ações (Ata de fundação de 18/07/2003). Foi registrado em sua ata de fundação que o evento estava acontecendo com o apoio do Gabinete do então Senador Tião Viana e da Secretaria Estadual de Saúde, e que ele teria sido o idealizador da Central, sendo registrado na ata, inclusive a sua fala: “seu único propósito é que essas entidades que se integrarão à Central possam ser os grandes parceiros dos órgãos governamentais para humanizar o Sistema Único de Saúde-SUS”. Atualmente, a CADES congrega 28 entidades filiadas. Das oito entidades que representam o segmento dos usuários, no Conselho Municipal de Saúde, apenas três não são filiadas a esta Central. A sua representante foi eleita presidente do Conselho.

Conforme o seu estatuto, as fontes de recursos financeiros necessários à manutenção da entidade podem ser obtidas por:

- Termos de parceria, convênios e contratos firmados com o poder público para financiamento de projetos na sua área de atuação;
- Contratos e acordos firmados com empresas e agências nacionais e internacionais;
- Doações, legados e heranças;
- Rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros e outros, pertinentes ao patrimônio sob a sua administração;
- Contribuições de suas filiadas;

Em entrevista concedida pela presidente desta entidade e também presidente do conselho, a mesma informou que o objetivo da criação da Cades era, além da

articulação entre as entidades, otimizar a prestação de contas com um único convênio entre a secretaria de saúde e a Cades, assim todas as entidades seriam beneficiadas e haveria apenas uma prestação de contas. Desse modo, quando as ONGs fossem fazer as solicitações de recursos, convênios, etc., ao poder público, ao invés de irem os representantes de cada uma das instituições, iria somente a coordenação da Cades. Ela informou ainda que a Cades mantém convênio com a Secretaria de Estado de Saúde para adquirir recursos para as diversas atividades exercidas pelas suas entidades filiadas. Assim, a secretaria repassa o recurso à Cades e a mesma às entidades, conforme as necessidades e projetos.

Conforme o seu estatuto, no que diz respeito aos objetivos, ela atua por meio de projetos, programas ou planos de ações, da doação de recursos físicos, humanos e financeiros ou prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins econômicos e a órgãos do setor público que atuam em áreas afins. Estão entre as finalidades: expressar as reivindicações das entidades e dos seus associados, aos diversos aspectos que envolvem políticas públicas, econômicas, sociais, culturais e políticas; estimular a organização das entidades para que possam melhor reivindicar a defesa dos direitos e interesses dos seus associados.

Ainda de acordo com o estatuto, ela é composta por um número ilimitado de entidades filiadas, que serão admitidas se apresentarem como objetivos ou finalidades de cunho popular e social da área da saúde, atuantes no Estado do Acre.

Em relação aos recursos, o mesmo documento afirma que a CADES poderá celebrar convênio com órgãos públicos, privados, ou receber doação para serem distribuídas as suas entidades filiadas. Para o repasse dos recursos às entidades beneficiadas por convênios, quando firmados, há a necessidade da elaboração de um

plano de trabalho pela entidade, e o repasse segue um calendário de prioridades. A mesma fica responsável pela prestação de contas ao órgão concedente. Sabe-se que o principal órgão mantenedor da CADES e suas filiadas é a Secretaria de Estado de Saúde, que, entre outros financiamentos, concede o aluguel ou cede local público, para servir de sede das entidades. Conforme o relatório da Secretaria Estadual de Saúde de prestação de contas do 2º quadrimestre do ano de 2013, a secretaria repassou para a CADES, um montante de 605.894,48, no período de maio a agosto. Considerando a realidade financeira do estado do Acre, é um valor expressivo, pois a CADES foi a ONG que mais recebeu recursos no período, a segunda entidade a receber mais recursos foi um hospital, que tem internos permanentes com seqüelas de hanseníase, com o valor de 399.384, 96.⁶

Associação de Deficientes Visuais - ADEVI

Fundada em 15 de março de 1991, a associação dos deficientes visuais tem como representante no CMS o seu presidente. Hoje conta com 217 associados e é uma das 28 entidades filiada à Cades. As informações obtidas desta entidade são provenientes, em sua maioria, da entrevista realizada com o conselheiro que a representa, pois, em seu documento de fundação não constam muitas informações além da data e composição de uma diretoria formada por quatro membros e um conselho fiscal formado por sete membros (Ata de fundação, 15/03/91). Segundo o seu presidente, esta instituição surgiu devido à necessidade de a categoria de ter um local, uma abertura jurídica para estar representando e reivindicando seus direitos, em busca de acessibilidade, melhores empregos, escolas, etc. Afirmou ainda que: “tanto é que

⁶ Dados obtidos do Relatório do 2º Quadrimestre da Secretaria de Saúde do Estado do Acre (maio a agosto de 2013).

culminou com a fundação e o início do apoio pedagógico, que na época foi o primeiro Centro Estadual de Apoio ao Deficiente Visual”.

Em 1992, o prefeito de Rio Branco, através da Lei n. 1069, de 09 de novembro de 1992 declara que a Associação dos Deficientes Visuais é de utilidade pública. Apesar disto, a inserção desta instituição nos espaços de negociação colegiada, como os conselhos de política pública, só se deu a partir de 2008, como informou o seu presidente e conselheiro do CMS; “antes, até 2008, não tínhamos participação em nenhum conselho de política pública, daí quando surgiu esse movimento interno da associação, começamos a despertar o interesse para essa participação”. Atualmente, segundo ele, participam de sete conselhos, sendo que, destes, dois são da saúde. Fato que favoreceu para esta inserção foi a filiação desta instituição à Cades. Informou ainda que 90% do custeio das ações da associação são provenientes de recursos do governo, através de projetos e convênios celebrados com: Secretaria de Educação, Cultura, Secretaria de Turismo, Saúde, Fundação Garibaldi Brasil⁷ Secretaria de Assistência Social e Meio Ambiente; alguns destes convênios são intermediados pela Cades. Com a Secretaria Municipal de Saúde, o único convênio que mantêm é o de marcação de consultas oftalmológicas. É o primeiro mandato desta associação no Conselho Municipal de Saúde.

Grupo de Estímulo ao Aleitamento Materno - GEAMA

Fundado em 1º de março de 2004, o Geama, que também é coordenado pela presidente do CMS e coordenadora executiva da Cades, surgiu para substituir o Grupo

⁷ Fundação de incentivo à cultura.

de Aleitamento Materno –Peito Amigo- GALPA (instituição governamental), segundo consta em sua ata de fundação (Geama, ata de fundação, 1/03/2004). Algo que mereceu ser destacado foi que todos os membros deste grupo, arrolados no documento acima descrito, são pertencentes ao quadro de funcionários da Secretaria de Saúde do Estado do Acre. Segundo o seu estatuto, desenvolve seus trabalhos sem qualquer finalidade lucrativa, tendo como objetivo a prestação de assistência e orientações sobre aleitamento materno exclusivo. Atua por meio da execução direta de projetos, programas ou planos de ações, da doação de recursos físicos, humanos ou financeiros, ou prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público, que atuam em áreas afins (Estatuto do GEAMA, 1/03/2004). Esta instituição também é filiada à Cades e recebe, por intermédio desta, recursos provenientes de convênios com a Secretaria Estadual de Saúde.

Em entrevista, a coordenadora informou que esta instituição foi contemplada com um recurso de quase 200 mil reais pelo projeto Criança Esperança, para expandir as ações de aleitamento materno no estado. Segundo o conselheiro representante desta instituição, o Geama já está sendo representado no conselho há mais ou menos cinco anos.

Associação Projeto Arco-Íris

Foi fundada em 13 de novembro de 2006, está ligada às obras sociais da Diocese de Rio Branco. Conforme consta em sua ata de fundação, o Projeto Arco-Íris foi criado por autoridades da Igreja Católica, como bispos, padres e freiras, sendo registrada a fala de um deles sobre a sua finalidade: “... e deve estar a serviço da evangelização,

elevando a sua importância em nome daqueles que se encontram à margem da sociedade” (Ata de fundação, 13/11/2006). Este projeto visa oferecer acolhida às pessoas dependentes químicas e suas seqüelas, para tratamento e recuperação da saúde (Estatuto do Projeto Arco-Íris). Segundo informações obtidas dos funcionários da Diocese de Rio Branco, neste ano vigente, o projeto acolheu 18 internos homens, e outro projeto associado a este, inclusive com a mesma finalidade, acolhe quatro mulheres. Esta associação também é filiada à Cades.

O conselheiro que representa esta associação atua como voluntário nas obras sociais da Igreja Católica, há 11 anos, através deste trabalho voluntário, também é conselheiro do Conselho Estadual de Assistência Social, e do Conselho Municipal de Atenção às Drogas, dos quais foi presidente em gestões anteriores.

Pastoral da Pessoa Idosa

Também é um projeto que faz parte das obras sociais da Diocese de Rio Branco e tem como principal responsável uma autoridade religiosa. Conforme o seu Estatuto (pois, não foi possível localizar a sua ata de fundação), foi fundada em 05 de novembro de 2004, na cidade de Curitiba, é uma associação civil de direito privado, de natureza filantrópica, sem fins econômicos, com atuação no âmbito Federal, Estadual e Municipal. Tem por objetivo assegurar a dignidade e a valorização integral das pessoas idosas, através da promoção humana e espiritual, respeitando seus direitos, num processo educativo de formação continuada destas, de suas famílias e de suas comunidades. Atua por meio de agentes voluntários, que realizam visitas domiciliares nos moldes da Pastoral da Criança e têm como seus beneficiários pessoas idosas com 60

anos ou mais, preferencialmente as vulnerabilizadas pela pobreza e abandono (Estatuto da Pastoral da Pessoa Idosa, 18/11/2005). A Pastoral da Pessoa Idosa atende a cerca de 1.750 idosos no município de Rio Branco, também é uma instituição filiada à Cades, recebe recursos através desta, por convênios com a Secretaria Estadual de Saúde.

União Brasileira de Mulheres - UBM

A UBM, no Acre, foi fundada em sete de abril de 2005, em uma Assembléia na qual estavam presentes cerca de 100 pessoas. Foi registrado na ata a fala da coordenadora da instituição escolhida no mesmo evento: “este núcleo dirigente irá defender as mulheres trabalhadoras, donas de casa, estudantes, enfim, todas as mulheres que procurem por orientação sobre qualquer tipo de discriminação...”. (União Brasileira de Mulheres, Ata de fundação, 07/05/2005).

Ainda conforme os registros feitos em sua ata de fundação e notas de jornais da época, a sua criação foi bem prestigiada tendo repercussões positivas na sociedade, pois, neste mesmo evento, já foi marcada uma manifestação na Câmara Municipal de Rio Branco, contra um vereador que havia sido acusado de espancar a ex-esposa. Esta é uma entidade nacional com núcleos nos estados. A UBM é uma das três entidades que representam os usuários no conselho que não são filiadas à Cades. Tem uma relação de proximidade com o partido político PC do B, que faz parte da coligação que elegeu o atual prefeito, pois como a entidade ainda não dispõe de sede própria, funciona nas instalações do partido e seus membros são ativistas do mesmo.

A sua representante no CMS foi secretária do mesmo durante seis anos, fato que favoreceu a escolha do seu nome para representar a instituição como conselheira, segundo relato da mesma em entrevista.

Associação de Conselheiros e Ex-conselheiros Tutelares do Estado do Acre - ASCONTAC

A ASCONTAC foi fundada em 16 de março de 2005, durante a realização da 1ª Assembléia Estadual de Conselheiros Tutelares do Estado do Acre, objetiva representar os Conselheiros e Ex-conselheiros Tutelares; defender os direitos da criança e do adolescente, previstos na lei; promover o intercâmbio de experiências e informações entre os conselheiros e ex-conselheiros; entre outros (ASCONTAC, 2012).

Assim como a instituição anterior, a ASCONTAC também não é filiada à Cades. Possui 300 filiados, entre eles: conselheiros e ex-conselheiros tutelares, pessoas que se identificam com a causa da defesa da criança e do adolescente, igrejas, pessoas ligadas a entidades de defesa dos direitos humanos, etc. Mantém parceria com o governo do Estado através da SEJUDH (Secretaria de Justiça e Direitos Humanos). Esta secretaria é sua maior financiadora, segundo afirmação do presidente. Apesar disto, não foi celebrado um acordo formal, apenas as demandas das ações são realizadas em conjunto. Como no caso anterior, esta instituição também não tem sede própria, funcionando no prédio da SEJUDH, em que o seu presidente tem vínculo empregatício.

O seu representante no conselho é o presidente da instituição, que também participa de outros conselhos, como: Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa, Conselho

Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. Foi Conselheiro Tutelar durante três mandatos (nove anos).

Centro de Estudos e Referência da Cultura Afro-Brasileira no Acre - CERNEGRO

O Cernegro-Ac foi fundado em 02 de dezembro de 2005. De acordo com o seu estatuto, tem por finalidades: estudar a cultura afro-brasileira e suas influências na sociedade atual; relacionar estudos e pesquisas da cultura afro-brasileira com a formação social e cultural do nosso estado; inserir nas escolas e universidades públicas e particulares disciplinas curriculares que abordem o tema racial e multi-cultural; contribuir na elaboração e execução de políticas públicas de inclusão racial. Segundo o seu presidente a instituição trata da temática do negro como um todo, e defende:

...e um problema grande é a invisibilidade, por que é mais da metade da população brasileira e você não consegue ver nos cargos, na mídia, nas revistas. Então, percebemos, como várias pessoas percebem, que alguma coisa estava errada nessa questão. Essa questão é percebida na valorização, na auto-estima baixa do negro, e da desconstrução histórica do que era ser negro nesse país.

É para combater essa invisibilidade, que a instituição está tentando conquistar alguns espaços na sociedade, a “cadeira” no conselho municipal de saúde foi um deles. O seu representante no conselho foi por muito tempo o presidente da entidade, após a pesquisa ter iniciado, ele permutou de lugar com a sua suplente.

V.RESULTADOS

Sujeitos da pesquisa⁸

Conforme exposto na escolha metodológica, foram realizadas entrevistas com 15 dos dezesseis conselheiros. Estas objetivaram compreender o entendimento que os mesmos têm sobre o seu papel enquanto conselheiro, do conselho, entre outros aspectos do funcionamento do órgão colegiado. Seis conselheiros entrevistados eram do sexo masculino e, conseqüentemente, nove do sexo feminino. Para melhor compreendermos seus posicionamentos, foi questionada a escolaridade. Dos 15 entrevistados, dois informaram ter pós-graduação, com nível de mestrado; outros seis tinham pós-graduação, com nível de especialização; quatro com nível superior completo e três cursando 3º grau.

Com relação à experiência em participação em órgãos colegiados: oito estão no segundo mandato deste conselho, sendo que os sete restantes estão no primeiro mandato. Dos 15 entrevistados, oito participam ou já participaram de outros conselhos de políticas públicas. Sobre o vínculo empregatício: dez eram funcionários públicos estaduais; dois funcionários públicos municipais; um de empresa privada; um funcionário público federal e um aposentado do serviço público federal. Quando indagados sobre a participação em uma única capacitação que foi oferecida para formação de conselheiros, pela Universidade Federal do Acre, apenas quatro participaram, os 11 restantes afirmaram que a dinâmica do curso era impeditiva para quem desenvolve muitas atividades, como no caso de muitos conselheiros, que também

⁸ Adotou-se neste trabalho o termo “sujeito” ao invés de “ator”, conforme as reflexões de DUBET (1994), o mesmo defende: “O problema maior do ator é, pois, o da face, da encenação de si no seio de uma vida cotidiana que funciona ela própria como uma encenação”(pg. 83).

são presidente de ONGs, etc. Sobre o critério de escolha para a representatividade dos conselheiros pelas entidades, todos afirmaram que foram indicados, alguns devido à disponibilidade de tempo e interesse ou afinidade com a política do conselho. A maioria tem envolvimento com movimentos sociais, são ativistas de causas sociais. Não relataram treinamentos ou capacitações para exercer suas funções nas suas entidades, mas creditam o conhecimento que adquiriam em deliberações, reivindicações à suas experiências nos movimentos.

1. A dinâmica e o funcionamento do conselho

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco foram observadas pelo período de outubro de 2011 a outubro de 2012. Objetivava-se o acompanhamento das atividades do conselho, a fim de compreender a dinâmica de funcionamento do mesmo, o conhecimento dos atores envolvidos e os seus posicionamentos durante as reuniões. Foi possível, também, através dessa observação, além de conhecer a rotina do conselho, identificar os assuntos que são trazidos a ele com frequência. Geralmente, o conselho se reunia uma vez por mês, poderia haver uma convocação dita extraordinária que não seguiria necessariamente o calendário de reuniões anual. As reuniões iniciavam, na maioria das vezes, com a leitura da ata anterior, e, após a aprovação do documento, a presidente descrevia a pauta da reunião. Durante todo este período, foi possível observar que a grande maioria dos pontos de pauta discutidos em plenário era encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde. Muito raramente acontecia de algum conselheiro trazer algo para ser debatido no conselho, quando ocorria, eram geralmente questões de queixas de um ou outro serviço oferecido pela secretaria. Por vezes, eram

apenas informes, divulgação de algum evento ou serviço oferecido por sua entidade. Não eram frequentes discussões levantadas por conselheiros sobre alguma política ou programa de saúde.

Sobre esse aspecto, FARIA E RIBEIRO (2010) defendem que, como se sabe, a pauta de uma reunião é composta pelos assuntos que serão deliberados. Assim, a sua construção indica a capacidade de os atores envolvidos intervirem no processo decisório. Se uma pauta é construída coletivamente, prediz o grau de democratização dessa instituição, sendo que mais pessoas estão envolvidas nesse processo. Ao contrário, uma pauta elaborada apenas pela presidência, ou pior, como neste caso, pelo segmento do governo, indica um grau de democratização ou participação mais baixo. Entretanto, a situação do CMS de Rio Branco não é a única. FERNANDES E COÊLHO (2010) afirmam que, sobre a natureza de composição da pauta utilizada pelos conselhos, de um modo geral, é amplamente dominada pelo segmento do governo.

Apesar de, como exposto, raramente ter-se percebido uma postura mais ativa dos conselheiros, no sentido de trazer para o conselho demandas oriundas de discussões com seus pares, entidades, comunidades, etc., foi observado que, mesmo assim, diante do que era exposto pela Secretaria de Saúde, alguns tentavam ter um posicionamento crítico e participativo, fazendo contribuições pertinentes, como sugestões, observações e em alguns casos, até recusando-se a votar em alguns projetos, solicitando que os mesmos fossem refeitos para posterior aprovação. Entretanto, essa não era a postura da maioria, na verdade, a maioria se portava de maneira mais tímida, não se manifestava, com frequência aguardavam que outros se manifestassem com relação a aspectos apresentados que não haviam ficado muito claros, para que fossem elucidados. Este fato ficou evidenciado nos relatos das entrevistas que serão discutidos neste trabalho.

Observou-se que, aqueles que tinham uma postura mais ativa e crítica, eram aqueles que já tinham histórico de envolvimento em movimentos sociais, geralmente presidentes de entidades, etc. Nota-se, assim, uma heterogeneidade na composição do conselho, no que diz respeito às posturas, umas mais pró-ativas e outras mais retraídas, estas últimas limitando-se apenas a aprovar ou não o que era apresentado, geralmente pelo segmento do governo, como afirmado, ou pela presidente do conselho, em alguns casos.

Este achado está em concordância com outros estudos (LAVALLE et. Al.2004; CUNHA E PINHEIRO, 2009; ALMEIDA, 2010), pois aqueles atores que tem mais experiência associativa e envolvimento em questões políticas, por exemplo; filiação em partidos políticos, entre outros, são mais propensos a participar mais ativamente das discussões. Vale ressaltar, como defende CUNHA E PINHEIRO (2009), que estes espaços de discussão constituem-se importantes possibilidades de participação e de aprendizado democrático, principalmente em uma sociedade como a nossa, ainda em processo de construção da cidadania política e social.

A maioria dos que tinham um posicionamento mais passivo eram os representantes das categorias profissionais e prestadores de serviços. Este fato foi algo que surpreendeu, pois se achava que, por ser o profissional de saúde um “conhecedor de causa”, ou seja, tem ou se espera que tenha um maior domínio das questões tratadas naquele fórum, fosse mais atuante, inclusive influenciando o processo de tomada de decisão, porém, no caso específico deste conselho, isso não ocorreu. Este fato está em concordância com o estudo de AVRITZER et al. (2010), visto que, ao estudarem o fator denominado de vocalização (isto é, quem fala nas reuniões do conselho), observaram que o segmento dos usuários se manifestou, em média, duas a três vezes mais que o segmento do governo e prestadores de serviços. No caso estudado, os conselheiros que

mais interferiam no processo eram representantes do segmento dos usuários, embora nem todos os representantes dos usuários fossem pró-ativos, como discutido anteriormente.

Como já explicitado, a presidente do conselho era representante do segmento dos usuários, embora ela mesma fosse funcionária da Secretaria Estadual de Saúde, mas representava ali as entidades não governamentais. Talvez, por isso, os representantes dos usuários se sentissem mais à vontade para se manifestar. Geralmente, o ambiente das reuniões era de cordialidade, exceto em algumas poucas ocasiões pontuais. Normalmente, os conselheiros tendiam a aceitar sem muitos questionamentos o que estava sendo proposto. Quando eles foram indagados, em entrevista, sobre essa questão, um até afirmou: “Esse pessoal que está aí é muito bom [...], é difícil você ir contra uma coisa que já é boa”. Outro fator que contribuía para o clima harmonioso no plenário do conselho era uma relação de proximidade entre a presidente e o secretário de saúde, isto ficou mais evidente em entrevista realizada com a mesma, na qual ela afirmou que estava sempre em contato com o secretário. Na verdade, eles trabalhavam muito em parcerias, o secretário de saúde envolvia em seus projetos as ONGs que ela representava através da CADES (Central de Articulação das Entidades de Saúde). Outro aspecto relevante, que colaborava para o clima harmonioso no plenário do conselho, era que a maioria dos conselheiros tinha a mesma identidade partidária que o secretário e consequentemente o prefeito. Tal situação não é exclusiva do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, em nota, o Jornal O Estado de São Paulo publicou uma matéria que tinha como título: “PT tem líder de votos em quase 50% dos conselhos”⁹. Na análise da matéria, o jornalista ainda fez o seguinte comentário:

⁹ O Estado de São Paulo, 11 de dezembro de 2013

Não é bom para a capital que haja hegemonia de um partido dentro do conselho, por que em uma democracia é fundamental que se tenha pluralidade e diversidade. Por outro lado, é natural que o partido que faz mais esforços de mobilização da sociedade tenha mais êxito na eleição. Até por que os maiores interessados nesse tipo de iniciativa são as pessoas que têm uma vida política ativa e, conseqüentemente, são filiadas a alguma legenda (pg. A16).¹⁰

De fato, seguindo a lógica do comentarista político, as pessoas do conselho que representavam os usuários, estavam envolvidas com os movimentos sociais e suas entidades, e, conseqüentemente estão envolvidos em partidos políticos, neste caso, a sigla partidária que estava representada na gestão.

Ainda sobre esse aspecto, havia no ambiente do conselho uma articulação partidária semelhante às articulações nas instâncias legislativas. Nota-se que o partido que está representado pelo secretário de saúde e a presidente, que, como dito, também se manifestava simpatizante, demandava esforços para a manutenção da hegemonia. Manifestando, desse modo, fragilidade e despreparo em lidar com a pluralidade partidária que deveria existir em espaços como este. Que neste caso não foi observada, ao contrário, a maioria dos conselheiros se portavam como adeptos do partido em questão, se houvesse alguma ideologia contrária não era manifesta, até para não se romper com a aparente “harmonia” do plenário.

Em relação aos encontros, na primeira reunião observada, do mês de outubro de 2011, que foi realizada logo após a Conferência Estadual de Saúde, houve manifestações por parte dos conselheiros sobre a mesma. Um conselheiro a caracterizou como insuficiente sob o aspecto das demandas sociais, com metodologias preconceituosas, e, segundo o seu ponto de vista, as reivindicações dos segmentos dos

¹⁰ José Álvaro Moisés-Diretor do Núcleo de Pesquisa de Políticas Públicas da USP.

usuários não foram reconhecidas e nem aceitas (incluem-se aí, solicitações pelos movimentos dos negros, deficientes e índios), esta fala foi endossada por outro conselheiro e por convidados presentes, afirmando inclusive que: “trata-se de um retrocesso com relação à discussão dos movimentos sociais, assim, o estado perde”¹¹.

Nessa reunião, no meio da discussão, surgiu a questão de que o controle social deveria ser exercido por entidades que não tivessem vínculo com o poder público, através de convênios. Nesse aspecto, a própria presidente do conselho saiu em defesa da estrutura vigente afirmando que no nosso estado não haveria instituições aptas, somente pessoas, visto que todas, ou quase todas as entidades recebem algum tipo de auxílio do poder público. Sobre esse assunto, outro conselheiro falou sobre a crise de entidades, informando que: 99% dos conselhos, segundo ele, é o gestor quem indica quem são os conselheiros, resultando que um debate mais amplo fique prejudicado. Defendeu, ainda, que estes conselheiros já vêm com o discurso pronto e não têm preparo.

Sobre esse assunto, como exposto na apresentação das entidades que compõem o conselho no segmento dos usuários, a maioria mantém algum tipo de convênio ou parceria com o poder público, apesar de as entidades manterem vínculos com instâncias estaduais, vale ressaltar que o estado e o município eram geridos pela mesma sigla partidária, e por isso, há uma relação de cordialidade mediada pelo grau de cumplicidade política (KLEIN, 2010). Este dado também ficou evidenciado no estudo de KLEIN (2010), ao abordar o Conselho Estadual de Saúde do Acre. O mesmo era composto por 12 entidades no segmento dos usuários, destas, sete eram parceiras da Secretaria Estadual de Saúde, com convênios para a liberação de recursos financeiros.

¹¹ Fala de um dos convidados presente na reunião.

Este encontro havia sido marcado em caráter extraordinário, devido à necessidade de “aprovar” o projeto do núcleo de prevenção da violência e promoção da saúde, cujo objetivo era a capacitação de gestores e profissionais de saúde para o desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes humanizadas e para identificação, notificação e cuidado, em relação às vítimas de violência e suas famílias. Este projeto estava sendo apresentado ao conselho para aprovação, devido à portaria n.227 de 09 de setembro de 2011 do MS, a qual prevê um incentivo de R\$ 100.000,00 para o combate às ações de violência, por município, independentemente do tamanho da população. Ao término da apresentação, houve vários questionamentos feitos pelos conselheiros. Após um longo debate, os conselheiros fizeram várias sugestões de inclusões no projeto. Um deles queixou-se dos prazos que os projetos são apresentados à votação no Conselho, muitas vezes, a submissão à votação já é com um prazo limitado, por isso, os conselheiros são obrigados a dizer “sim ou não”, não tendo possibilidade de após uma discussão e sugestões, propor alterações e só após submeter novamente à votação em plenário, podendo, dessa forma, oferecer uma real contribuição e amadurecimento das questões a serem votadas. Esse questionamento aplicava-se ao projeto em pauta, que já estava no prazo limite para a sua aprovação e posterior submissão ao Ministério da Saúde. Após essa fala, a equipe do núcleo se colocou à disposição para acatar as sugestões dos conselheiros. Assim, foi sugerido que no projeto deveriam conter propostas de prevenção da violência, com ênfase nas escolas, com palestras sobre os direitos humanos, e que fossem abordados outros tipos de violência, por exemplo: assédio moral, financeiro, etc. Desse modo, este foi aprovado com uma abstenção, os demais votos dos presentes foram a favor.

Este episódio retrata uma questão emblemática e bastante freqüente em estudos de participação social em fóruns institucionais. Em razão da necessidade burocrática de aprovação pelos conselhos gestores de projetos e políticas públicas, isso os torna, em alguns casos, meramente consultivos, como nessa situação, sem uma construção coletiva do projeto, ou mesmo o envolvimento do conselho em uma etapa anterior de elaboração de propostas. Os conselheiros queixaram desse aspecto, quando um deles disse que era obrigado a dizer “sim ou não”. ALMEIDA (2010) relata também este achado: “parece que o governo apenas transfere sua arena de atuação, uma vez que precisa do aval dos conselhos para aprovar programas e projetos, sem, contudo, partilhar efetivamente o poder de decisão” (p. 162). Isto ficou evidenciado No estudo de SERAPIONI E ROMANÍ (2006), em que comparam as instâncias colegiadas dos sistemas de saúde nos países: Itália, Inglaterra e Brasil. Os autores concluíram que: apesar de os conselhos da Itália e Inglaterra serem de natureza consultiva e no Brasil ser de natureza deliberativa, esse fato não significa necessariamente vantagens. Isso devido aos porta-vozes dos cidadãos nos CMS do Brasil, como evidenciaram diversas pesquisas, encontram-se numa posição de desvantagens e relações desiguais de poder em relação aos representantes dos outros segmentos, assim o processo que era para ser deliberativo, muitas vezes se torna consultivo. Entretanto, mesmo os conselhos dos países europeus não exercendo papel deliberativo, têm desenvolvido razoáveis capacidades de propostas e de controle de qualidade dos serviços e têm exercido uma apreciável influência nos gerentes.

Neste mesmo mês, foi realizada outra reunião, desta vez, ordinária, para aprovação da prestação de contas do terceiro trimestre da Secretaria Municipal de Saúde. Havia uma comissão para a análise das contas, na qual participaram além do

secretário municipal e sua suplente no conselho, mais três pessoas, sendo que destes, dois eram conselheiros, apenas um era representante do segmento dos usuários e mais um funcionário da SEMSA, membro do FMS (Fundo Municipal de Saúde). Observa-se, desse modo, que sendo a maioria dos membros dessa comissão vinculados à SEMSA, a avaliação tem a sua autonomia comprometida. Além disso, na reunião, só estava presente a relatora da comissão, que era técnica da Secretaria Municipal de Saúde, e mais nenhum outro membro da referida comissão. O parecer foi lido pela relatora e não tinha nenhuma informação específica, do tipo: quanto se gastou, em que área, qual o montante que a secretaria ainda dispunha, ou seja, nenhum detalhe da prestação de contas, havia apenas a informação:

“A Comissão Técnica de Administração, Projetos e Prestações de Contas, em sua reunião realizada no dia [...], no uso de suas competências, considerando que após a análise em conjunto do Relatório da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde, verificou que não houve nenhuma irregularidade e não havendo objeções contrárias a aprovação do documento decide **EMITIR PARECER FAVORÁVEL** ao relatório da prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-SEMSA referente ao 3º trimestre de 2011”(Parecer da comissão, 21, de novembro de 2011).

Observa-se, neste parecer, que a comissão se reuniu uma única vez, para analisar três documentos de mais de 100 páginas cada um. Mesmo com todos esses aspectos conflitantes, o parecer foi aprovado com unanimidade sem haver um questionamento sequer. Fato que chama bastante atenção, já que esse é um dos principais papéis do conselho, fiscalizar as contas públicas. Essa presença majoritária por parte dos segmentos do governo, em casos de prestações de contas, também foi identificado em outras pesquisas a nível nacional (FERNANDES E COÊLHO, 2010). Ainda sobre esse aspecto, NOGUEIRA (2005), apesar de defender que a abertura de espaços de participação como este pode fornecer melhores parâmetros para a tomada de decisões, reconhece que esses mesmos espaços podem ser aproveitados para que se “administre”

a participação, impedindo-a, como neste caso, de se radicalizar ou de produzir efeitos incômodos. Os envolvidos podem participar sem se intrometer significativamente no estabelecimento de decisões essenciais, podendo, assim, permanecer subalternas a deliberações técnicas ou a cálculos políticos engendrados nos bastidores.

O autor complementa ainda que todo processo de participação corre o risco de ser manipulado ou instrumentalizado. Em muitos fóruns discutem-se questões que têm clara face técnica, contábil, orçamentária. Como a maioria dos cidadãos não possui conhecimentos consistentes nessa área (como constatado nas entrevistas com os conselheiros, que será discutido adiante), muitas vezes não têm por que se envolver na aridez que predomina nesse terreno, torna-se assim, mais ou menos automático que os técnicos da área se destaquem. Desse modo, o fórum é esvaziado de poder de decisão, tornando-se apenas instrumento de legitimação. Esta situação é muito freqüente, como no episódio acima descrito. Em muitos casos, reuniões são convocadas, não para que se decidam ou façam escolhas efetivas, mas para que sancionem o que já está decidido em plano técnico, administrativo ou até mesmo partidário prévio (Idem). Em concordância com este autor, TATAGIBA (2002) afirma que: “os encontros entre Estado/sociedade nos conselhos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do estado em partilhar o poder de decisão. Os governos têm resistido de forma mais ou menos acentuada [...] -às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas” (p.79).

Outra questão também observada relativa à prestações de contas é que, conforme discutido, como é uma área que poucos tem conhecimento ou detém habilidades técnicas para questionar, essa comissão que como também enfatizado, composta em sua

maioria por membros do segmento do poder público, acaba impressionando e passando uma imagem de “profissionalismo” do gestor da instância em questão.

Outro ponto de pauta, dessa mesma reunião, foi a apresentação dos Termos de Compromisso da Contratualização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB). O mesmo é instituído pela portaria do MS n. 1.654/11. Este foi alvo de várias intervenções feitas por alguns conselheiros, e a discussão foi até bem intensa, com um debate estabelecido entre a gestão e os conselheiros. Após a apresentação, um conselheiro questionou sobre o produto final, ou seja, o que significavam os indicadores apresentados: bom, insuficiente, regular, etc. Indagou ainda sobre o acolhimento, visto que, para ele, o que mais as pessoas reclamam dos serviços da saúde é a qualidade no atendimento. A conselheira que representava a gestão argumentou em defesa do documento, informando que este indicador é de resultado, e a avaliação externa iria pesquisar a opinião do usuário. Esse processo, segundo ela, teria a finalidade de reduzir os agravos. O conselheiro continuou seu questionamento, pois achava redundante o conteúdo, já que existe a avaliação do alcance das metas.

A representante da gestão insiste em tentar explicar, menosprezando a intervenção, informando que o sistema de informação da atenção básica-SIAB não dá o retorno da informação para os profissionais da ponta, o PMAQ é para ser utilizado para subsidiar a assistência, defendeu ainda que um ponto positivo desta proposta seria que, como os profissionais da atenção básica tem dificuldade de se trabalhar em equipe, a PMAQ exigiria essa ação. Segundo o conselheiro, esse programa serviria para avaliar um processo de trabalho que deveria estar acontecendo desde o início. Finalmente, a representante da gestão reconheceu que nada é novo, tudo o que este programa está

trazendo é para fomentar o que já existe. Na verdade, seria uma proposta de melhorar esse processo. O conselheiro concluiu que não seria necessário um programa novo para essa ação, na verdade, deveria ser uma obrigação da gestão fomentar essa prática.

Este conselheiro teve uma visão crítica deste processo, ele conseguiu identificar o que realmente significava esta proposta: nada mais que o reconhecimento de que a atenção básica não estava funcionando como deveria, e essa proposta veio em atenção a essa necessidade. A técnica da secretaria finalmente reconheceu que, desde, 2005 a secretaria tenta estimular essa prática. Outro aspecto também bastante discutido sobre essa proposta foi com relação à aplicação do recurso previsto nessa portaria (pois esse programa tem um incentivo financeiro para sua aplicação de 100 mil reais independente do tamanho da população). Segundo a pessoa que estava apresentando a proposta, segue a mesma regra da aplicação do PAB variável, podendo ser usado para a manutenção da própria unidade, insumos, etc.

Mesmo após a exposição da forma como o recurso seria utilizado, a discussão continuou até que o mesmo conselheiro, que havia feito as considerações anteriores, sugeriu que, antes do projeto ser posto em votação, a equipe deveria trazer um plano de aplicação do recurso, sugeriu ainda que houvesse investimento de parte desse recurso em capacitação dos conselheiros do COPS (Conselhos Populares de Saúde). Mesmo diante de todas essas intervenções, a presidente do conselho tentou pôr o projeto em votação, mas o conselheiro repetiu seu argumento de que o projeto não deveria ser posto em votação, uma vez que, segundo ele, se não houver uma definição prévia, o recurso pode ser canalizado para outras finalidades. Observou-se, neste episódio, uma ação efetiva do “controle social”, pelo menos nesse caso, houve a sugestão de demandas e de controle, apesar do desconforto da equipe da secretaria, não houve intimidação para

aprovação, pelo contrário, a postura dos conselheiros nesta situação foi bem autônoma e crítica. No entanto, não são todos os conselheiros que se manifestam dessa forma. Na verdade, a maioria se coloca bem apática e aprova o que se coloca em votação sem muitos questionamentos.

Como demonstrado neste episódio, e em concordância com NOGUEIRA (2005), uma gestão participativa não é uma operação isenta de obstáculos, dificuldades e problemas. Assim, como todo processo de intensificação democrática, tal gestão é alvo de disputas e pode ser afetado por diversas manobras como cooptação e neutralização de seus atores. Pode também, ser institucionalizada sem a plena desativação dos mecanismos de controle burocráticos ou com a reiteração da supremacia de certos grupos, favorecendo as formas usuais do domínio e de subordinação. Ainda que, neste caso específico, um conselheiro não se deixou ser neutralizado, os demais não se manifestaram, com a postura enfatizada pelo autor acima citado.

Outra reunião presenciada, que foi bem proveitosa do ponto de vista de intervenções e questionamentos, foi a reunião ordinária do mês de dezembro. A reunião se iniciou com uma fala da presidente do conselho dando uns informes, entre eles, a sua participação em um seminário promovido pelo Ministério Público Estadual sobre o controle social. Após o informe, ela fez uma reflexão sobre essa questão, incluindo até os encaminhamentos da Conferência Nacional de Saúde. Segundo ela, na conferência se aprova uma coisa e quando vai para a presidente sancionar é outra coisa completamente diferente, “ninguém está controlando nada”, desabafa. Incluiu nessa reflexão os encaminhamentos da Conferência Nacional de Saúde, seguiu falando da importância de se estar acompanhando a aplicação das decisões tomadas.

Ao iniciar a pauta da reunião, que era a apresentação do Plano Municipal de Saúde 2011-2013, o secretário deu uma breve justificativa sobre o atraso da apresentação do referido plano, que será mais bem descrita adiante. A apresentação durou cerca de uma hora e meia, notou-se que os presentes estavam enfadados, após o término da exposição, mas, mesmo assim, houve manifestações e discussões bem intensas. A primeira foi sobre as Equipes de Saúde da Família. Segundo o documento apresentado, haveria 34 Equipes de Saúde da Família, um conselheiro indagou se essas equipes estavam completas, ou seja, se tinham médicos na composição de todas as equipes, isso foi questionado devido ao fato de existirem no município algumas Equipes de Saúde da Família funcionando sem a presença do médico.

Os questionamentos continuaram. Dessa vez, era sobre a mesa de negociação dos trabalhadores. Ao abordarem essa questão, o secretário de saúde informou que já existe um protocolo definido para todos os trabalhadores, em 2012, na mesa de negociação. Defendeu ainda que o PCCR está sendo discutido. A técnica da secretaria, responsável por essa mesa de negociação, explicou que a finalidade dessa mesa são aspectos específicos da saúde, que vão além dos salários, condições de trabalho, etc. Embora não se tenha conseguido efetivar a mesa, pois, segundo ela, o segmento dos trabalhadores não se fez presente. Porém, os representantes dos trabalhadores informaram que os sindicatos não foram chamados para tal negociação. Observou-se neste momento certo constrangimento entre o representante da gestão, encarregado da mesa de negociação, e alguns representantes dos profissionais, pois como ficou evidente, nem tudo que é apresentado, condiz com a realidade.

Devido ao horário avançado, um conselheiro se manifestou questionando a metodologia adotada para a discussão desse plano, afirmando: “as comissões deveriam

funcionar e evitar o processo de fadiga”. Referia-se às comissões técnicas do conselho, que, segundo ele, deveriam ter estudado o plano e trazer apenas o parecer para a discussão no plenário; “assim o processo ficaria mais rico”, defendeu ele. Ele complementou que, devido à fadiga, algumas coisas passam despercebidas, e isso não deveria acontecer, já que se estariam discutindo políticas públicas até 2013. Falou também da responsabilidade dessa votação, afirmando que, dependendo do que se aprova, os conselheiros podem responder juridicamente pelos seus atos, por isso, acha que a aprovação ou não do plano, ficou prejudicada.

Esse conselheiro continuou sua intervenção fazendo vários questionamentos sobre as metas colocadas no plano. Em razão de seus questionamentos serem bem oportunos e pertinentes, a discussão na plenária tornou-se bastante acirrada, devido ao “tom” de defesa da gestão. Estabeleceu-se na reunião um notório mal-estar, entre a gestão e esse conselheiro. Esse não foi o único conselheiro a intervir, embora tivesse sido o mais enfático em suas colocações, houve mais questionamentos e cobranças, principalmente sobre o que havia sido pactuado na conferência. Esperava-se que fossem visualizados no plano tudo o que havia sido acordado na conferência, no que competia a essa esfera de gestão. Ao menos no que concernem às pessoas portadoras de deficiência, as suas reivindicações não foram contempladas, mas, depois de identificado o equívoco, a gestão assumiu o compromisso de rever o plano, nesse aspecto.

Houve também outras manifestações de grupos que estavam presentes na reunião, como da comunidade dos indígenas e dos obesos, que também fizeram objeções e solicitações de inclusões de serviços que atendessem às suas categorias. Assim, o plano não foi votado, foi dado um prazo de uma semana para que fossem feitas as alterações solicitadas, e posterior votação.

Nota-se, neste episódio, uma atuação consciente dos conselheiros, quanto à sua responsabilidade de estar cobrando o que havia sido pactuado na conferência, bem como coerência nas metas estabelecidas. Observou-se que eles estavam cientes de que aquele era um momento decisivo para os próximos anos e foi dado o devido valor, quando se recusaram a aprovar o plano da forma como estava. Outro aspecto importante, que merece ser mencionado, foi com relação à responsabilidade legal da votação, a questão levantada de que eles poderiam ser responsabilizados, inclusive judicialmente, pelo que estariam ou não aprovando, demonstrou a consciência da importância do seu papel naquele momento, e que as decisões tomadas poderiam trazer consequências não só coletivas, mas individuais. Sobre a questão da responsabilização, NOGUEIRA (2005) defende que uma gestão que vise promover uma maior participação, que deve combinar a responsabilização do gestor perante a sociedade (*accountability*) com a responsabilidade do gestor pelos seus atos, de modo que facilite a transferência de poder decisório para coletivos, essa transferência não só responsabiliza os participantes, como também atribui a eles a fixação de critérios e regras procedimentais que determinarão o modo como as decisões serão tomadas.

Na reunião seguinte, o plano foi novamente apresentado, com algumas das correções sugeridas, sendo que, nem todas foram acatadas, algumas metas questionadas foram apenas justificadas e permaneceram inalteradas. Como exemplo, tem-se a cobertura do PCCU, que havia sido questionada. Pois, a meta previa o aumento de 2% na cobertura em três anos, e, quando foi novamente apresentado, foi apenas justificada a sua timidez. O conselheiro que havia feito a maioria das considerações não estava presente, mesmo sem atender a todos os questionamentos, o plano foi aprovado por unanimidade (seis votos, por se tratar de reunião extraordinária, o quórum é menor).

Como explicitado, embora haja manifestações, intervenções e até discordâncias, no plenário do conselho, isso não garante que o processo deliberativo seja realmente democrático, pois a gestão pode simplesmente não acatar a maioria das objeções feitas, como neste caso. Como o conselho é formado por um grupo muito heterogêneo e a maioria se porta de maneira passiva e receptiva, aprovando sem muitas ressalvas o que é apresentado, o posicionamento do conselho acaba sendo favorável à gestão. Como enfatizado por CÔRTEZ (2007), a simples existência desses espaços não significa que eles sejam exitosos como promotores da participação, isso devido a, entre outros fatores, as principais decisões da área podem não ser tomadas neste fórum, assim como alguns membros podem ter a sua ação obstaculizada por outros atores que detêm mais recursos de poder.

Outra reunião que mereceu ser mencionada e discutida foi a reunião realizada em janeiro daquele ano (2012), marcada em caráter de urgência. Objetivava atender a uma demanda da SEMSA, referente às construções de 10 Unidades Básicas de Saúde, através de recursos oriundos do Ministério da Saúde e recursos próprios. A presidente do conselho confessou ao plenário que a secretaria sugeriu que tal proposta fosse aprovada “*ad referendum*”, mas a mesma preferiu marcar uma reunião extraordinária, para não se responsabilizar pela aprovação. A urgência era devido às obras já terem sido licitadas, orçadas, e já tinham toda a documentação assinada pelo prefeito e secretário de saúde, pois ambos haviam se ausentado (de férias) e deixado tudo assinado. A apresentação ao conselho era apenas para homologação.

A proposta já estava definida, locais pré-determinados para as construções, tamanhos das edificações, etc. Como destacado, as obras já estavam inclusive licitadas. A apresentação iniciou-se com a justificativa da escolha dos locais das novas unidades,

algumas dessas unidades iriam ser construídas em bairros novos que demandam serviços. Realmente, os locais escolhidos foram todos de regiões periféricas da cidade. Os técnicos também informaram que a gestão se reuniu com os profissionais para ouvir as suas sugestões, mas não foi mencionado se houve algum encontro com as comunidades que seriam contempladas. Um conselheiro questionou se as obras já teriam sido licitadas e se haveria prazo para entrega. Justificou seu questionamento devido ao ano eleitoral e a possibilidade de haver inaugurações às vésperas da eleição. Os técnicos da secretaria afirmaram que não haveria impedimento legal de o secretário de saúde inaugurar, pois o mesmo não concorrerá a nenhum cargo eleitoral. Por fim, a proposta foi posta em votação, sendo aprovada por unanimidade.

Observa-se que esta proposta, verdade, não foi discutida com o conselho desde a sua elaboração, ela já veio pronta, com os projetos prontos, com os locais pré-definidos das construções. Em nenhum momento da discussão foi mencionado que os locais escolhidos haviam sido frutos de alguma reivindicação de associação de moradores ou discutidos com as próprias comunidades onde vão ser construídas às unidades. Nesse caso, o conselho apenas homologou a proposta, simplesmente por questões burocráticas, não participou ativamente do processo, apenas aprovou. Tal fato ocorreu somente por que a presidente não quis aprovar sem a consulta do plenário, como já exposto.

Foi possível perceber, dessa forma, que, além de o conselho gestor ter sido excluído do processo de elaboração da proposta, iria, a princípio, ser excluído também do processo formal de tomada de decisão. Além disso, o fato de não haver o envolvimento das comunidades no processo, denota a postura autoritária da gestão, embora bem intencionada. Uma pauta tão relevante como esta deveria ter tido a legitimidade pela consulta popular, de algum modo. Entretanto, como visto, o processo

foi tão fechado no âmbito da gestão, que não havia sequer espaço para inclusão ou exclusão de algum aspecto dos projetos apresentados, já que a proposta estava em andamento.

Uma prova da segurança por parte dos gestores, em relação à sua “independência” frente ao Conselho Municipal de Saúde é o fato de que já tinham assinado previamente os documentos necessários para a realização das obras, e se ausentado. Observou-se, assim, o papel apenas formal do conselho, e sua baixa capacidade de intervenção. Algo que chamou a atenção foi o fato de que, apesar da magnitude desta pauta, não houve nenhuma objeção ou questionamento à apresentação dessa proposta em um estágio tão avançado sem a participação do conselho.

Sobre esse assunto, encontram-se outros exemplos na literatura pesquisada. TATAGIBA (2002) afirma que “*os conselhos apresentam no cenário atual, uma baixa capacidade propositiva, exercendo um reduzido poder de influencia sobre o processo de definição de políticas públicas*” (pg.98). CICONELLO (2009), nesta mesma direção, defende que a consolidação da participação social no Brasil ainda enfrenta inúmeros desafios, entre eles: a) a resistência de diversos setores do poder público em efetivamente compartilhar o poder com organizações da sociedade; b) a grande distância que subsiste entre os resultados reais e formais da participação. Segundo o autor, até o momento, as conquistas foram no plano da institucional; portanto, se faz necessário efetivar os direitos. Outro entrave sinalizado é a dificuldade de se estender a participação social para o campo da política econômica.

No mês de fevereiro, o Estado foi acometido por uma grande cheia do rio, que corta a cidade ao meio, por conta disso, não houve a reunião mensal, pois a maioria das entidades representadas no conselho estava envolvida nas atividades de assistência aos

desabrigados. O conselho só retomou suas atividades em março. Esta reunião teve um ambiente descontraído. Na verdade, o tom da reunião era mais informativo. Fizeram um balanço positivo do envolvimento de voluntários nas ações de atenção aos desabrigados pela cheia do rio, e a presidente, ao informar sobre uma ação coordenada pelo secretário de saúde no interior do município, teceu-lhe elogios. Neste encontro houve um fato que merece ser mencionado: a despedida de um conselheiro que havia sido entrevistado dias antes, na qual ele reconhecia que não se identificava com as ações do conselho, confessou que estava ali para garantir a “cadeira” de sua entidade. A reunião prosseguiu com a leitura de alguns pareceres da comissão de atenção básica. Como foi exposto, havia nesse encontro um clima amistoso, não houve nenhum questionamento desses pareceres, alguns projetos também foram apresentados e aprovados da mesma forma.

O único momento em que houve uma discordância foi quando o secretário de saúde informou que iria ser realizado um concurso para a contratação de 103 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em seguida, ele informou que os locais prioritários para lotação dos mesmos seriam as zonas rurais, que, segundo ele, são locais de maior carência desses profissionais. Um conselheiro se manifestou afirmando que há na cidade muitas áreas descobertas desse serviço, e sugeriu que a gestão fosse às unidades e não somente olhasse os mapas. Prontamente, o secretário municipal de saúde defendeu a proposta de contemplar somente as zonas rurais, afirmando que em sua gestão conseguiu ampliar em 25% a cobertura de ACS, prosseguiu sua fala listando as ações realizadas e os avanços alcançados. Relatou, inclusive, dos aumentos de salários concedidos às diversas categorias profissionais dos funcionários da SEMSA.

Na verdade, essa discussão não iria alterar os locais de lotação desses ACS, pois, a questão, estava sendo colocada ao conselho apenas para informá-lo, devido a tal fato

já ter sido aprovado na CIB, antes mesmo de ser discutido no conselho. Como já demonstrado anteriormente, ainda há muitas questões do âmbito da gestão que não são discutidas com o conselho, muitas decisões são tomadas e apenas informadas, outras são encaminhadas ao plenário do conselho, apenas para homologação, como foi o caso da reunião anterior. A postura defensiva da gestão, sempre que questionada sobre a metodologia de tomada de decisão, sem o envolvimento dos interessados na questão, denota o quanto o gerenciamento dos serviços de saúde, no caso, está distante do propósito de uma gestão participativa e inclusiva. Muito embora, o discurso seja o contrário. Este evento também foi um achado da pesquisa de OLIVEIRA E PINHEIRO (2010), na qual os autores relataram que perceberam que, em várias situações, há uma participação parcial dos conselheiros, devido às suas críticas, sugestões e reivindicações influenciarem ou não nas decisões do gestor, uma vez que é a ele, o gestor, a quem cabe a implementação ou não das decisões tomadas.

Na reunião do mês seguinte, permaneceu uma atmosfera pacífica, por vezes, apática. A reunião iniciou como de rotina, com os informes, que em sua maioria eram de ações realizadas pela SEMSA, salvo um ou outro evento realizado pelas entidades, dessa vez, foi sobre o 1º Fórum Regional da Pessoa com Deficiência. Foi apresentado ao plenário o POE- Plano Operativo Estadual de Cuidado ao Adolescente. Com recursos da ordem de 85.000,00 anuais. Após a exposição das ações que seriam realizadas, o plano foi aprovado por unanimidade, sem questionamentos ou intervenções.

Neste encontro houve um acontecimento raro, os trabalhadores da SEMSA, fiscais sanitários, trouxeram uma demanda para o conselho. Esta categoria de profissionais estava com uma questão a ser discutida com a gestão sobre o PCCR (Plano de Cargos, Carreira e Salário), e, como não conseguiram um acordo, recorreram ao

conselho. Após a exposição da questão pelo representante da categoria, houve muitos questionamentos do plenário, até que o secretário de saúde interveio afirmando que o plenário deveria ouvir ambas as partes. Já que a categoria estava expondo o seu lado do problema, sugeriu que a discussão dessa problemática fosse adiada para a próxima reunião, para que estivesse presente o secretário de administração, que era quem estava a par de toda essa negociação. Os conselheiros concordaram e alguns afirmaram que talvez não tivessem como dar um encaminhamento para essa questão, já que a mesma requer um amplo embasamento jurídico e que o conselho não teria como opinar. O representante da categoria concordou, afirmando que traria para a próxima reunião o procurador da câmara de vereadores, pois o mesmo teria dado parecer favorável aos profissionais.

Neste episódio, foi possível observar, claramente, uma disputa de forças, na qual a categoria pleiteia ganhos e, obviamente, a prefeitura reluta em atender a todas as reivindicações. Contudo, o que merece uma reflexão, neste caso, é o adiamento, por parte do gestor, dessa discussão, ganhando tempo, e o posicionamento cauteloso dos conselheiros em esquivar-se de opinar, não querendo neste caso, tomar partido por nenhuma das partes.

Nota-se que o plenário do conselho tem, em alguns casos ou na maioria, tendência a se posicionar favoravelmente à gestão. Ficou notório, nesta situação, que os conselheiros estavam bastante cautelosos e até mesmo temerosos em envolver-se em questões trabalhistas, situação que, apresentava nitidamente uma disputa de forças. Consequentemente, essa fragilidade do plenário torna possível a manipulação dos interesses dos representantes do governo.

Sobre esse aspecto, vale ressaltar a contribuição de COTTA et al. (2010), que, em seu estudo, constataram a existência de dificuldade por parte dos representantes do poder executivo em partilhar o poder decisório nos espaços do conselho, e essa relação assimétrica de poder, em que o espaço de deliberação política se faz inacessível e fragilizado, pode ter um efeito de burocratização dos conselhos.

Na reunião seguinte, a presidente retirou o ponto de pauta que se referia à questão dos fiscais sanitários, devido ao não comparecimento dos convidados representantes da prefeitura. Assim, essa problemática se arrastou por mais uma reunião, porém, como novamente, os convidados não marcaram presença, até o momento em que foi encerrada a coleta de informações desta pesquisa, essa questão não foi retomada. Foi informado ainda, neste encontro, que estavam se realizando, na cidade, feiras de saúde, nos moldes das feiras realizadas nas pré-conferências, seriam ao todo 14 feiras até o mês de novembro. Tinham o objetivo, segundo o secretário de saúde, de oferecer serviços públicos e servir de espaço para o diálogo com a comunidade. Esta iniciativa foi elogiada por alguns conselheiros, um deles chegou a afirmar: “Sugiro que se repitam mais vezes, para se tornar uma gestão mais participativa do que já é”. A reunião seguiu em um tom informativo, falaram sobre vários eventos que estariam ocorrendo acerca da participação social. Um único ponto de pauta colocado foi a apresentação de um projeto de enfrentamento do crack e de criação de uma unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A técnica da SEMSA, que fez a apresentação, afirmou que essa proposta foi resultante da 7ª Conferência Municipal de Saúde. Esta foi aprovada por unanimidade, sem intervenções.

Algo que merece destaque nestes episódios é o posicionamento passivo do conselho, em aceitar sem questionamentos a pouca importância dada pelos representantes da prefeitura à reivindicação dos trabalhadores fiscais sanitários, apesar de os mesmos terem recorrido ao conselho na tentativa de atenção a sua problemática. Entende-se que o conselho, até por falta de conhecimento, não se posicionasse favoravelmente a qualquer uma das partes. Entretanto, como havia sido sugerido o adiamento da questão, para que as partes envolvidas pudessem se manifestar, esperava-se que o plenário do conselho tivesse uma atitude mais pró-ativa, no sentido de pelo menos cobrar a presença dos envolvidos na questão, já que um posicionamento por uma das partes era dependente da exposição dos atores em questão. Como isso não ocorreu, a gestão conseguiu “esfriar” o problema e ganhar tempo. Assim. Esse posicionamento, passivo e apático, do conselho, de certa forma favoreceu a gestão.

Não houve a reunião ordinária do conselho no mês de junho, em virtude da realização do 2º Encontro de Conselhos de Saúde de Rio Branco. Este evento objetivou a aprovação e assinatura da lei que cria os COPS (Conselhos Populares de Saúde), os quais, apesar de já estarem em funcionamento, não eram regulamentados por lei, apenas por portaria. A minuta dessa lei apresentada aos participantes foi elaborada em parceria com técnicos da gestão e alguns conselheiros. Vale destacar que a elaboração da lei que cria os COPS, enfatiza uma contradição vivida no contexto da participação na saúde do município de Rio Branco. Considerando que o próprio CMS, tem sérias dificuldades de funcionamento, como exposto, apresentando relações assimétricas de poder, exercendo papel consultivo, em alguns casos, entre outras. A criação, no plano legal, dos COPS, se assemelha a legislação dos SUS que cria e regula os CMSs, que, contudo, não garante de fato a participação da sociedade.

As reuniões ordinárias só foram retomadas em agosto. Este encontro, como de costume, iniciou com os informes, mas devido ao longo período de tempo transcorrido sem reuniões, a pauta era bem extensa. Algo que mereceu destaque foi a apresentação para o plenário do parecer da Comissão Técnica de Administração, Projetos e Prestação de Contas, sobre a prestação de contas da SEMSA, referente ao 2º trimestre de 2012. Assim, como no parecer anterior, a comissão se reuniu uma única vez, e estavam presentes, neste encontro, além dos quatro conselheiros membros da comissão, apenas um era representante da gestão, o diretor do Fundo Municipal de Saúde. Constava no documento, que a comissão verificou que não houve nenhuma irregularidade no processo, assim emitiram parecer favorável.

No momento da sua apresentação, o secretário de saúde interveio, ressaltando o esforço da equipe da SEMSA de planejamento e finanças em cumprir os prazos, também da comissão do CMS em apreciá-lo em tempo hábil, finalizou parabenizando a todos. Essa fala foi endossada pela presidente do conselho, ela ressaltou a sua satisfação em ver como está sendo levada a sério a aplicação dos recursos por parte da gestão, ela também parabenizou a todos. Observou-se, nessa troca de congratulações, a relação harmoniosa entre a presidente do conselho e do gestor, e isso acaba por influenciar o plenário do conselho a ter essa mesma postura. Por fim, este documento foi aprovado por unanimidade, sem nenhum questionamento.

Outro ponto de pauta que mereceu destaque foram os projetos de implantação de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, no município, e implantação do Serviço de Atenção Domiciliar SAD. Estes foram bem questionados e debatidos por alguns conselheiros, que pediram informações sobre o seu funcionamento, forma de referência e processo de trabalho. Alguns conselheiros até demonstraram preocupação

com a inserção destes projetos no modelo de assistência baseado no Saúde da Família. Foi sugerido que estes serviços trabalhassem bem articulados com as Equipes de Saúde da Família. Vale destacar que, os conselheiros que fizeram as intervenções eram aqueles que, de algum modo, tinham experiência com a Estratégia Saúde da Família. Assim, eles se sentiam com segurança para abordar esse assunto, os demais permaneceram alheios às discussões. Sobre a questão do conhecimento de técnicos que emerge, nesta situação, esta será abordada com mais profundidade mais adiante.

Ainda neste encontro, retornou ao plenário o projeto PMAQ, que fora apresentado ao conselho na reunião ordinária do mês de outubro do ano anterior. Somente após nove meses ele foi reapresentado com as recomendações dos conselheiros. A técnica da secretaria, responsável pela apresentação do projeto, apresentou o plano de utilização dos recursos oriundos deste projeto, que havia sido solicitado pelos conselheiros. Assim, o plenário aprovou o projeto sem intervenções. Posteriormente, o presidente do conselho propôs aos conselheiros que a realização das reuniões ordinárias deste conselho fosse em conjunto com os COPS, nas unidades de funcionamento destes, essa iniciativa objetivava fortalecer os trabalhos dos COPS e estimular o envolvimento dos mesmos com o CMS, para que houvesse um maior diálogo entre os usuários das unidades e os conselheiros.

Esta iniciativa foi elogiada e aprovada pelos demais conselheiros. Nota-se, assim, que os conselheiros valorizam esse contato maior com os serviços e usuários das unidades, mas até o momento não visualizavam uma forma de efetivá-lo. Esta proposta configura-se uma mudança de atitude do conselho, de um plenário que só recebe as demandas da secretaria, para um que receba também as demandas das comunidades. Apesar do visível entusiasmo dos conselheiros com esta proposta, até o momento em

que foi finalizada esta pesquisa, só havia sido realizada uma reunião em parceria com os COPS, nas unidades.

Os demais encontros realizados (somente dois, em agosto e outubro) foram reuniões bem apáticas do ponto de vista de discussões, debates e questionamentos, tinham um caráter mais informativo. A própria pauta não favorecia discussões, em alguns casos, eram apenas apresentadas as ações realizadas por alguns programas da secretaria.

Deste ano (2012), observando os encontros do CMS, pode-se afirmar que o mesmo teve uma discreta evolução. Essa observação, associada com as informações das entrevistas, que serão discutidas a seguir, permitiu constatar que, os conselheiros, embora muitos (maioria) não tenham participado da única capacitação que houve, eles têm uma noção, mesmo que, em alguns casos, superficial, do seu papel de fiscalizador e contribuinte das políticas públicas. A dificuldade sentida é a de como tornar essa consciência em algo que traga concretude para sua participação nesse processo.

O acompanhamento de um ano de encontros do Conselho Municipal de Saúde permite afirmar que o mesmo apresentou poucas mudanças significativas. Associando-se essa observação às entrevistas (que serão discutidas mais adiante), pode-se afirmar que a maioria dos conselheiros apesar destes não ter participado de processos de capacitação, tem uma noção, ainda que superficial em alguns casos, sobre seu papel fiscalizador e de contribuição para a participação social.

2. Achados documentais

Esta etapa da pesquisa teve a finalidade de analisar os documentos de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, bem como as atas das reuniões do CMS, por um período de quatro anos, compreendidos entre 2008 e 2011. Diante da gama de informações contidas nestes documentos, foram selecionadas: informações de registros de participação social na formulação de políticas públicas; identificando-se, assim, propostas das conferências municipais que realmente tenham tido a participação da sociedade e que se transformaram em ações executadas pelo poder público, através dos planos e metas contidos nos planos de saúde e posteriormente prestado contas à sociedade através dos respectivos relatórios de gestão; identificação dos processos de participação da sociedade no órgão colegiado, através do registro das reuniões nas atas do CMS. Esta análise foi organizada seguindo-se a ordem temporal dos documentos.

Devido ao fato de que, no decorrer da fase de coleta de dados, ter-se constatado que esse período estava dividido em duas etapas: A Conferência Municipal, realizada em 2006, e suas propostas que compunham o Plano Municipal de Saúde 2007-2010; e a Conferência de 2011, e seu respectivo plano 2011-2013, essa análise será dividida obedecendo a divisão dos planos de saúde. Como a proposta da pesquisa só compreende quatro anos, o período analisado neste primeiro momento é de 2008 a 2010, ficando para um segundo momento o ano de 2011, que faz parte do outro plano de Saúde.

Nesta 1ª etapa, buscou-se informações nos seguintes documentos: Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco-ano 2006; Plano Municipal de Saúde de Rio Branco-Acre 2007-2010; Relatórios de Gestão dos anos 2008, 2009 e 2010; atas das reuniões do CMS do período de 2008 a 2010; Resolução n. 333, de 4 de

novembro de 2003 (aprova as diretrizes para criação, reformulação e funcionamento dos Conselhos de Saúde); Lei n. 964 de 08 de outubro de 1991, da Prefeitura Municipal de Rio Branco-Acre (Institui o Conselho Municipal de saúde); Lei n. 1.318, de 08 de Abril de 1999, da Prefeitura Municipal de Rio Branco-Acre (Dá nova redação ao art. 3º da lei 964, de 08 de outubro de 1991); Lei n. 1.372, de 10 de novembro de 2000, também da Prefeitura Municipal de Rio Branco-Acre (Dispõe sobre alteração do CMS); Resolução do CMS no. 004, de 27 de dezembro de 2007 (Aprova o regimento interno do CMS); Regimento do Conselho Municipal de Saúde. Na 2ª etapa, foi analisada a minuta do relatório da VII Conferência Municipal de Saúde; Plano Municipal de Saúde 2011-2013; Relatório de Gestão 2011; atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do ano de 2011.

Antes de se iniciar as análises dos documentos de gestão, planejamentos, etc. Vale ressaltar que todo esse processo visa ao planejamento da assistência prestada por esta instância governamental à saúde de seus munícipes. Sobre o planejamento, sabe-se que esse é um processo contínuo, e que deve, necessariamente, ser antecedido por um estudo situacional para o conhecimento dos problemas de saúde, para uma melhor otimização e direcionamento dos recursos e ações. E as conferências de saúde, bem como, conseqüentemente os planos de ações devem ser baseados em tais estudos. Como serão descritos a seguir, as conferências e planos de saúde não foram embasados em tais estudos, não foi exposto à população, antes das deliberações nas conferências a real situação de saúde do município, dados epidemiológicos, entre outros. Isto torna frágil todo o processo, reforça o que foi enfatizado por muitos autores, que muitas vezes a “participação da sociedade” é mais para cumprir uma exigência burocrática.

VI Conferência Municipal de Saúde

O marco inicial adotado para essa análise documental foi a Conferência Municipal de Saúde do Ano de 2006, que teve como tema “Pactuando a Saúde como fonte de vida na cidade de Rio Branco”. Conforme seu relatório, ela foi precedida por três pré-conferências regionais, que tiveram como finalidade a promoção da participação popular e aperfeiçoamento dos mecanismos de controle social (Rio Branco, 2006). Essas três pré-conferências foram realizadas em locais estratégicos da cidade, que são denominados de regionais (vide organização do sistema de saúde do Município de Rio Branco). Notou-se o início de uma movimentação, no sentido de buscar uma maior aproximação com as comunidades, embora bem tímida e sazonal, por ser a conferência um evento que ocorre apenas de quatro em quatro anos. Apesar dos esforços, essas regionais não compreendem a totalidade das regiões de saúde do município (nem parte). Na verdade, representa uma parcela bem pequena do município. O evento contou com a participação de 261 pessoas, um número baixíssimo, considerando a população do município (336.038 –habitantes -IBGE, 2010).

Como a conferência se realizou no ano em que foi publicado o Pacto pela Saúde, do Ministério da Saúde, sofreu grande influência deste em seus eixos temáticos. Entre as propostas apresentadas no relatório final, estão atividades que são rotineiras da gestão, por exemplo: “elaborar relatório de gestão anual [...]. Alimentar regularmente a base de dados [...]”, essas são atividades, que não necessariamente configuram propostas de ações de melhoria do nível de saúde da população. Observou-se assim, que uma parte da programação teria o propósito apenas de cumprir um protocolo. Devido ao fato de a conferência ser uma exigência constitucional. A sua realização por si só, não se traduz obrigatoriamente em participação da população e formulação de políticas

públicas de saúde inovadoras, que voltada para as necessidades da população. As poucas propostas contidas no relatório, de envolver a comunidade, era algo pouco específico, evasivo, que não dizia de fato como essas ações iriam ocorrer, por exemplo: “[...] Identificar com o apoio do estado às necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos”, além de trechos como: “realizar o planejamento participativo com a comunidade [...] desenvolver a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento participativo [...]” (pg.12). Apesar da menção à participação social, não está explicitado como será feito esse planejamento participativo, que estratégias serão tomadas para envolver a população nesse processo. Sabe-se que se isso não ficar estabelecido bem claramente nos compromissos assumidos, a possibilidade de não ocorrer é grande; e esse fato ficou evidente nos outros documentos que serão descritos a seguir, como os relatórios de gestão.

O relatório da conferência aponta poucas propostas inovadoras¹². Entre as propostas, serão listadas a seguir algumas que representam inovação do sistema. É importante salientar que foram listadas apenas as que se julgaram mais pertinentes, e que se relacionam de alguma forma com o objeto de estudo desta pesquisa: estabelecer fluxos de regulação de consultas e exames especializados; elaborar e implantar a política de humanização, implantar a política de Educação Permanente no CMS; Implantar as terapias alternativas e complementares (homeopatia, fitoterapia e acupuntura) no SUS, no âmbito da Semsu; elaborar, confeccionar e reproduzir material educativo e boletim epidemiológico; ampliar para 80% a cobertura de Estratégia de Saúde da Família-ESF; Articular com o SAERB (Serviço de Água e Esgoto de Rio

¹² *No contexto da ciência e da tecnologia, a inovação é entendida como a introdução de novos produtos ou processos, ou a melhoria de produtos ou processos já existentes (VENTURA et al., 2011).

Branco) a fluoretação da água de abastecimento; propor a ampliação de Equipes de Saúde Bucal (ESB), no Programa de Saúde da Família, alcançando a proporção de 1 ESB: 1 ESF; Implantar Conselhos Comunitários de Saúde em todas as unidades de saúde; Garantir infra-estrutura física, administrativa e auto-gestão financeira ao CMS.

Após uma primeira leitura dos relatórios de gestão e atas das reuniões do CMS, observou-se que muitas dessas propostas não se concretizaram no período de vigência dessa conferência, e outras até o ano em que se concluiu a pesquisa de campo, ainda não se realizaram, por exemplo, a ampliação para 80% da cobertura da ESF e ampliação das Equipes de Saúde Bucal, na proporção de uma ESB para uma ESF, a fluoretação da água de abastecimento de Rio Branco, a auto-gestão financeira do CMS.

Finalizando a análise desse documento, observou-se que foram registrados, pela comissão organizadora do evento, alguns entraves e dificuldades sentidas na realização da mesma. Notou-se nessa autocrítica, uma experiência muito incipiente na captação para a participação social, como, por exemplo, falhas na divulgação das pré-conferências, atividade tida como essencial para o êxito e participação da sociedade. Outro aspecto relatado foi a rapidez com que alguns coordenadores dos grupos desenvolveram os trabalhos, não fomentando assim o diálogo, o que, segundo a comissão, inibiu a participação dos presentes. Essa questão merece ser destacada, pois, sendo a conferência um momento de discussão com a população, sobre as diretrizes que serão tomadas nos próximos quatro anos, na política pública da saúde, e, que tem a finalidade de construção dessas diretrizes juntamente com a sociedade, essa forma de condução dos trabalhos compromete profundamente o alcance desse objetivo. Mais ainda, impede a sociedade de exercer seu direito constitucional de participação. A realização da conferência, dessa forma, torna-se apenas um ato para cumprir uma

exigência legal, mas, de fato, não se configura em um espaço de discussão da sociedade, dos rumos que ela quer que sejam dados às políticas públicas de saúde.

Plano Municipal de Saúde 2007-2010

Conforme o próprio documento, este foi elaborado em consonância com as resoluções da VI Conferência Municipal de Saúde. As propostas e metas do Plano foram bem tímidas e restritas ao que preconizam os programas do Ministério da Saúde, não se tem muita inovação ou ações além do que já deva ser feito normalmente pela secretaria. Seguindo a mesma lógica da conferência, algumas propostas eram evasivas, pouco específicas. A maioria das propostas tem descrição e justificativa nos relatórios de gestão, essa questão será discutida a seguir na análise dos respectivos relatórios, mas de um modo inicial pode-se afirmar que muitas das propostas desse plano não se concretizaram no exercício do mesmo, e outras até a finalização desta pesquisa não saíram do papel. Muitas delas não eram realmente realistas. Ao que parece, o plano é um instrumento que não é seguido na sua íntegra, ou pelo menos, no momento de sua elaboração não foi pensada a forma ou custos para a sua efetiva implementação, o que resultou no insucesso de algumas de suas propostas.

No que concerne ao Controle Social, termo que é utilizado para nomear, no plano, a participação da sociedade nas instâncias colegiadas institucionais, o plano foi até audacioso e teve algumas propostas que se fossem concretizadas seriam inovadoras. Porém, ao analisar os documentos, foi observado que tais propostas não se realizaram, por exemplo: “alterar o regimento interno [do CMS] visando estabelecer critérios no CMS para participação de entidades, conselhos de classes, associações [...]; garantir

[...]e auto-gestão financeira ao CMS”. Com relação a essa última, a dependência financeira da secretaria compromete a autonomia do conselho, todas as suas demandas financeiras são submetidas à secretaria, ficando assim, a cargo da sensibilização do gestor à questão. Outra proposta que também não se concretizou e que constava no plano foi a implantação da biblioteca do CMS, que tinha a finalidade de dar acesso à população, em geral, as informações referentes ao SUS, e, que eram propostas possíveis de se realizar.

Relatório de gestão 2008

Para averiguar o cumprimento das metas, e dos compromissos assumidos, foram analisados os relatórios de gestão, que têm a finalidade de prestar contas perante a sociedade em geral das ações executadas pela gestão, conforme a legislação que o torna obrigatório (Lei n. 8.142/90; Portarias do Ministério da Saúde ns. 399/2006; 699/2006). O primeiro ano estudado foi o de 2008, por razões já especificadas anteriormente. De acordo com esse documento, o ano de 2008, apesar de ter apresentado algumas mudanças em áreas pontuais, na análise dos indicadores apresentados no relatório (pg 132), observou-se que, das metas pactuadas, apenas aproximadamente 57% foram alcançadas. Merece destaque o indicador taxa de abandono da tuberculose, que fechou o ano com 9%, percentual gritante, considerando que a taxa tolerada pelo programa é de 5%.

Muitas das ações e estratégias apresentadas não foram cumpridas no exercício desse documento. Algumas em parte, outras ações sequer foram iniciadas. No texto, foram apresentadas algumas justificativas, por exemplo, indisponibilidade financeira e

de recursos humanos, entraves nas questões burocráticas, na liberação de recursos provenientes de convênios, dependência de negociação com outras instâncias, por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde, entre outras. As ações e estratégias, ou metas que não foram cumpridas/alcançadas foram transferidas para o ano seguinte.

Com relação à participação social, havia, no documento, algumas ações que previam o envolvimento do CMS, ou dos Conselhos das unidades, que seriam os Conselhos Comunitários de Saúde (que não foram implantados no período de vigência desse relatório), mas quando foi descrita a forma como a ação se concretizou, não houve menção da participação dos órgãos colegiados. Como exemplo, a estratégia dizia: “desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento participativo envolvendo todas as áreas técnicas e setores da SEMSA e o CMS”. Na descrição da ação, tinha a seguinte redação: “realizar reuniões de planejamento envolvendo todos os departamentos da SEMSA para implementar o processo de planejamento participativo [...]”. Não houve, nesse trecho, referência à participação do conselho, ou outro órgão que representasse a sociedade.

Notou-se, nesse relatório, uma ação bem restrita no que diz respeito às iniciativas pró-participação da sociedade ou mesmo do Conselho Municipal de Saúde, no documento. Há poucos relatos de envolvimento social ou submissão das propostas ou projetos ao CMS; e, quando ocorre, observa-se que é feito para cumprir uma exigência legal, normativa. Não se constatou uma movimentação, no sentido de buscar o contato efetivo da sociedade. Entende-se que uma gestão participativa não se constrói da noite para o dia, é um processo dinâmico, que requer esforço tanto por parte da gestão, quanto da sociedade. Assim, a gestão do município de Rio Branco, ainda está iniciando essa trajetória. Sobre esse assunto, foi observada uma iniciativa em se criar os

Conselhos Comunitários de Saúde, compromisso assumido na conferência de saúde e no plano. Há nesse relatório menção a uma mobilização no sentido de criar uma comissão para discussão das metodologias para a criação dos referidos conselhos, mas isso não se concretizou, ficando essa “meta” para ser atingida no ano seguinte. Outro aspecto observado nesse relatório, que indica uma iniciativa no sentido de aproximar mais a gestão da opinião da comunidade, foi a criação da Ouvidoria Municipal de Saúde. No próprio relatório consta que seu funcionamento era incipiente, a mesma teve a sua implantação aprovada pela plenária do CMS, conforme consta em ata (abril, 2008).

Outra questão relevante, apontada nesse documento, foram as atividades de Promoção da Saúde, desenvolvidas através de um projeto descrito como “Projeto Saúde em Movimento”, que contou com a parceria da iniciativa privada. O próprio relatório o descreve como uma experiência bem sucedida com ações de intersetorialidade. Segundo o mesmo, no município, há 844 pessoas cadastradas praticando atividade física regularmente, nos espaços públicos do município (pg 84). Apesar deste número de praticantes ser ainda tímido, considerando a população total do município (336.038 - habitantes-IBGE, 2010), esta iniciativa merece ser valorizada. Embora esse projeto se configure em uma ação relevante, sob o aspecto da Promoção da Saúde, o relatório não faz menção de participação da sociedade na elaboração do projeto ou das escolhas dos lugares, etc.

Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, do ano de 2008

O ano de 2008 se iniciou com a eleição das entidades para a composição do conselho. A reunião de fevereiro de 2008 tinha o objetivo de realizar a eleição das entidades, que iriam compor o segmento dos usuários. Nos registros da ata da mesma

verificou-se que houve uma fala de uma integrante do Conselho Estadual de Saúde, sobre o papel do conselheiro de saúde e à importância do controle social dentro do SUS. Essa fala teria sido de grande importância, visto que, a pouca compreensão sobre o papel do conselheiro e do conselho apresentada pelos conselheiros era decorrente desses momentos de breve explanação.

Na eleição para presidente do conselho, houve um acontecimento inédito no CMS, um representante do segmento dos usuários venceu por nove votos a seis, o outro candidato, que era representante dos trabalhadores em saúde (médico). Foi considerado um avanço à época, pois até o momento nunca um representante do segmento dos usuários teria sido eleito para presidir o conselho. Apesar disso, a atuação do conselho neste ano foi um pouco restrita, pois se observa nas atas apenas manifestações quanto às prestações de contas. O próprio ex-presidente (presidente à época) em entrevista, afirmou: “houve um momento que o conselho só se reunia para aprovar a prestação de contas”.

Mas, vale ressaltar que, embora limitado, o conselho buscava exercer seu papel de fiscalizador, como se percebe pelo registro feito na ata do mês de março, em que se discutiu a informação dada pelo então secretário de saúde, sobre um recurso referente a uma emenda parlamentar, que seria utilizado na reforma, ampliação e construção de unidades de saúde. Conforme o trecho retirado do documento: “A conselheira [...] disse que seria importante que os conselheiros tivessem acesso à cópia dessa emenda a título de conhecimento com relação ao convênio. A conselheira [...] questionou com relação ao projeto, segundo ela, mesmo em se tratando de uma emenda, o conselho deve estar à par de toda a situação. [...] O conselheiro [...] corroborou dizendo que todo recurso investido na saúde é bem vindo, porém o CMS precisa acompanhar o uso deste”.

Observou-se nessas falas, uma tentativa dos conselheiros em buscar uma participação no processo de gestão. Eventos como esse aconteceram em outras reuniões, por exemplo, pedidos de esclarecimentos quanto à aplicação de outros recursos, alguns projetos apresentados à plenária do conselho tiveram os planos de gastos dos recursos alterados.

Por fim, devido à dificuldade enfrentada pelos conselheiros, em analisar os relatórios de prestação de contas, ficou deliberado na reunião de agosto, que junto com o relatório trimestral de contas, a secretaria deveria encaminhar ao conselho, o relatório trimestral das ações em saúde desenvolvidas nas unidades (Departamentos, divisões, áreas técnicas, entre outros), ficando a aprovação da prestação de contas dependendo da apresentação desse relatório. Consta ainda na ata a afirmação: “Tal deliberação objetiva avaliar o cumprimento das proposições aprovadas no Plano Municipal de Saúde”. Essa proposição foi de fato um divisor de águas no conselho, até hoje, os relatórios da prestação de contas são acompanhados pelo relatório de ações.

Embora com limitações, os conselheiros empreendiam esforços no sentido de, pelo menos com relação ao que era apresentado ao conselho, ter um posicionamento ativo, em alguns casos, questionador. Outro achado relevante foi a discussão na plenária do conselho, sobre a formação dos conselhos comunitários de saúde, enfatizaram que, durante o processo de implantação destes, se fazia necessária atenção às questões que envolvem as populações tradicionais, parteiras, benzedeiras, que, segundo eles, são referências muito forte dentro das comunidades e a secretaria deveria considerar essa importância. Este registro revela uma sensibilização por parte dos conselheiros, no sentido de valorizar saberes e culturas locais no momento da composição dos conselhos

comunitários de saúde, é uma movimentação na direção da busca de uma real participação da sociedade no processo de assistência à saúde.

Relatório de Gestão 2009

Nos registros do Relatório de Gestão 2009, não há muita mudança quanto à forma de participação da sociedade. Este documento revela algumas inconsistências, redação confusa, metas e resultados às vezes incoerentes. Como exemplo, tem-se; a estratégia apresentada no relatório previa: “reunir sistematicamente com coordenadores de Centros de Saúde, USF e PACS da área de abrangência e Conselhos Comunitários de Saúde para avaliação das informações e serviços”. Para esta estratégia a meta proposta no documento a ser alcançada era de 90%. Na descrição do resultado constava um alcance de 100%, sendo que nos comentários foi apresentada a seguinte justificativa: “não houve as reuniões semestrais por insuficiência de RH. Entretanto, buscou-se alternativa junto com o DAS para encaminhamento mensal dos relatórios de produção do SAI e SIAB/SUS as UBS, promovendo um feed-back, quando necessário, para sanar as dúvidas e aprimorar as informações”. Foi possível constatar, desse modo, que o resultado apresentado juntamente com a justificativa descrita não contempla o que a estratégia previa, que era a realização de reuniões (pg.25).

Entretanto, vale ressaltar que apesar da visível dificuldade de exposição dos resultados, não houve intenção (ao que parece) de mascarar os dados, pois os entraves e as dificuldades para a realização das ações foram explicitados, ficando evidente a oscilação de resultados com melhorias e retrocessos em alguns casos. Como no exemplo da área técnica de Saúde do Idoso; a estratégia contida no plano era de “Instituir atenção

domiciliar ao idoso na Atenção Primária”, a ação correspondente a esta estratégia era a realização da 2ª etapa da Oficina para Cuidadores de Idosos. A meta não foi alcançada e como justificativa apresentou-se o seguinte argumento: “A área técnica não conseguiu realizar a 2ª etapa devido à morosidade na liberação do recurso previsto em projeto, o que gerou o retorno do recurso ao MS, impossibilitando a execução desta fase”. (pg.43).

Repetiu-se nesse relatório o mesmo episódio do planejamento descrito no relatório analisado anteriormente, a estratégia dizia: “desenvolver a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento participativo envolvendo todas as áreas técnicas e setores da SEMSA e o CMS”. Quando a ação foi descrita, após sua realização, tinha a seguinte redação: “coordenar as reuniões de planejamento realizadas com todos os departamentos da SEMSA, visando a Programação Anual de Saúde de 2009” (pg 12). Como se observa, não houve o envolvimento do CMS, ou se houve, não foi registrado. É importante refletir sobre essa questão, à luz da problemática discutida nesta pesquisa, pois, se o próprio CMS, que é o órgão deliberativo desta instância, não teve participação nessa atividade, que visa planejar as ações para um ano todo, muito menos a sociedade, através das ONGs, entidades, etc. Vê-se, desse modo, que a participação de fato, nas decisões das estratégias, que deverão ser tomadas para o alcance das metas estabelecidas no plano, não ocorreu.

Há, na redação do relatório, uma nota sobre a participação: “A Gestão do Sistema Municipal de Saúde teve como principal foco o fortalecimento do processo participativo e a estratégia de gestão popular, discutindo as políticas de saúde entre gestores, trabalhadores em saúde, usuários e lideranças comunitárias na implantação da melhoria do serviço visando alcançar maior efetividade [...]”(pg 14). Entretanto, de fato, se ocorreu como está descrito neste trecho, não foi registrado no relatório.

Outra informação contida neste documento que merece ser discutida foi uma estratégia estabelecida pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação, que objetivava “controlar e acompanhar a relação entre programação/produção/acompanhamento, da aplicação dos recursos”. A descrição da ação previa a participação nas reuniões do CMS para acompanhamento da prestação de contas da aplicação dos recursos financeiros. Porém, na apresentação dos resultados alcançados, constava o alcance de apenas 15% da meta. Na justificativa dessa ação foi apresentado o seguinte argumento: “devido à incompatibilidade de agenda, participado de uma reunião do CMS para prestação de contas trimestral” (pg 14). Apesar de no relatório não estar explicitado quem não conseguiu participar das reuniões, se foi o secretário, ou outro membro da gestão. O fato é que, reuniões como estas, para a prestação de contas ao CMS, como explicitado acima, são trimestrais, e durante o ano, o gestor só pôde comparecer a uma. Questiona-se assim, a importância que é dada pela gestão a este tipo de atividade, o compromisso com a participação social, contradizendo, desse modo, a afirmação feita sobre o foco principal de a gestão ser realmente o fortalecimento do processo participativo. Outra indagação que pode ser feita com relação à esse episódio: como a instituição presta conta e o representante da mesma não está presente para responder pelo que está escrito? Como ficam os debates, os questionamentos e as intervenções? Revela-se, assim, que esta prestação de contas é realizada mais para se cumprir uma exigência burocrática e normativa, do que realmente dar transparência ao processo gerencial da Saúde Municipal.

Apesar disso, houve um registro que é importante que seja ressaltado. A realização de oficinas de avaliação dos indicadores do Pacto pela Saúde 2009 e pactuação para o biênio 2010-2011, realizado em três sessões, envolvendo todos os

segmentos de saúde, CMS e representante da sociedade. Essa foi a única ação descrita em que houve participação social. Em outros trechos que fazem menção ao CMS, isso acontece por uma necessidade normativa, devido à exigência legal de sua aprovação de projetos para a aquisição de recursos, não se configurando em busca pela participação da sociedade no processo.

Conforme exposto, muito das metas traçadas não foram alcançadas, e algumas metas de indicadores não só não foram alcançadas, como terminaram o ano com resultados desfavoráveis. Como exemplo, tem-se o índice de mortalidade materna, cujo resultado foi mais que o dobro da meta estabelecida para o período. A meta era 42,50 mortes por 100.000, fechou o ano com 92,71 (pg. 118).

Outra questão que também merece ser destacada foi o caso relatado de retorno de recurso para o MS. Embora este fato seja de extrema importância, a perda de recursos pela secretaria devido a entraves burocráticos, não há registros nas atas desse ano, de discussão dessa problemática pelo conselho. Vê-se desse modo, que a prestação de contas apresenta lacunas, ou se não, não foi dada a devida relevância a tal episódio. Lamentavelmente, pois, seria papel do conselho fiscalizar e pedir providências a respeito de problemas dessa natureza.

Atas das Reuniões do Conselho 2009

Quanto à atuação do Conselho nesse ano, ainda se têm uma ação muito tímida no geral, com exceção de algumas atuações pontuais, de um ou outro conselheiro mais ativo. Como ocorreu no caso da reunião de maio, há registro de uma intervenção feita por um conselheiro que representa os trabalhadores rurais do município. O mesmo

relatou alguns problemas enfrentados pela comunidade de um bairro distante da capital, referente ao abastecimento de água, solicitou que o CMS interviesse reivindicando uma equipe para coletar amostras de água, e que prestasse contas através de relatório. Essa é a postura que se espera observar no conselho, que realmente os conselheiros tragam demandas de suas entidades, comunidades, pares, etc, para cobrar dos setores competentes melhorias dos serviços.

Em outra reunião nesse mesmo mês (maio, 2009), houve a exigência por parte de outro conselheiro, da presença de um representante da Secretaria Estadual de Saúde, para dar explicações sobre uma denúncia de problemas com relação à distribuição de leitos hospitalares. Apesar de os registros apontarem para um encaminhamento dado à questão, que foi o agendamento de outra reunião com a presença dos responsáveis pela problemática, tanto em âmbito estadual como da rede particular conveniada, que atende pelo SUS, no dia e hora marcados, os mesmos não compareceram. Assim, o encaminhamento dado foi a elaboração de um documento a ser encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde.

Nota-se, no desenrolar dessa questão, a pouca atenção ou importância dada, pelos gestores de saúde, a um problema levantado no plenário de um fórum colegiado, que tem sua atuação legitimada pela legislação vigente. Por isso, que alguns conselheiros têm sua ação bem restrita, visto que, pode-se observar que não é dado o devido respeito às suas demandas, e a eles, que tem a incumbência de representar a sociedade em espaços como estes. Este fato também ocorre em outros conselhos, como nos estudos realizados por: CORTÊZ (2007), CICONELLO (2009), BATAGELLO (2011), SERAPIONI (2012), entre outros. Dessa forma, como já enfatizado, observa-se que muitos conselhos estão sendo esvaziados de poder e levados ao descrédito, com sua

ação restringindo-se a apenas o cumprimento de uma ação burocrática, não sendo de fato, um espaço de cidadania, de construção de políticas públicas, com o envolvimento e participação da sociedade, e não servindo à finalidade para o qual foram criados.

Outra ação relevante encontrada nas atas desse ano foi uma rotina de visita dos conselheiros às unidades. Pelo que consta nas atas, os conselheiros se deslocavam até as unidades para ouvir as pessoas que aguardavam atendimento. Segundo eles, a maior reclamação feita era referente ao não cumprimento da carga horária por parte de alguns profissionais. Assim, foi deliberado que, ao término de todas as visitas, seria feito um relatório final para ser encaminhado ao Ministério Público. Apesar de esta ação demonstrar pró – atividade dos conselheiros e ser positiva à mobilização e à escuta dos usuários do sistema municipal de saúde, não há relato nas atas sobre qual teria sido o encaminhamento dado ao problema. Não foi registrado, por exemplo, nenhuma denúncia ao Ministério Público. Nota-se assim, que, muitas questões discutidas, planejadas, não se concretizam. Devido aos entraves políticos ou outras dificuldades, muitas ações caem no esquecimento e não se efetivam; nesse episódio, especificamente, se ocorreu algum encaminhamento, não foi registrado em ata.

Observam-se esforços de alguns conselheiros mais atuantes, no sentido de dar vitalidade ao processo de deliberação do plenário, fazendo algumas intervenções, solicitando que os colegas, outros conselheiros, etc., tragam a pauta de discussão, cobrando prestações de contas de recursos de convênios (conforme registro na ata do mês de novembro de 2009), e aconselhando mais diálogo com a comunidade. Entretanto, como foi colocado, não é rotineiro, durante todo o ano pesquisado, houve apenas alguns relatos pontuais. Embora seja perceptível um esforço no sentido de mudar essa postura, este é um processo que ainda está muito incipiente no município estudado.

Este achado também foi observado em várias pesquisas no assunto (JACOBI, 2008, 2007, 2002; BATAGELLO, 2011, MOREIRA, 2009).

Relatório de Gestão 2010

Observou-se, nesse relatório, uma mudança na forma de apresentação e na redação. No geral, ele está mais bem escrito, com dotação orçamentária, planilha de custos, e organograma da instituição, o que não foi observado nos relatórios anteriores. No entanto, havia no documento algumas inconsistências quanto aos gastos apresentados. No momento da sua aprovação no CMS, este documento teria sido contestado, porém, não foram especificadas, em ata, quais foram as inconsistências identificadas. Assim como nos outros relatórios já mencionados, muitas das ações propostas não foram realizadas. Apesar de que, sempre que era relatada uma proposta não concretizada, essa vinha acompanhada de uma breve justificativa. Vale ressaltar que, como esse documento foi o último do plano de ação 2007-2010, o que não foi realizado, representava o não cumprimento do que fora pactuado no plano de ação. Por esse motivo, nas considerações finais, constassem recomendações para o próximo plano de ação, das ações que não foram efetivadas no exercício desse plano.

Algo que chamou a atenção na leitura e análise desse relatório foi o fato de que muitas ações voltadas para realização de oficinas, aprimoramento e atividades de monitoramento e avaliação, não se concretizaram neste ano, devido à alteração nas regras para a utilização dos recursos que se destinavam a tais ações. Conforme consta no relatório, foram reprogramadas para o ano seguinte. Tal acontecimento merece uma discussão, em razão de, sendo tais atividades de qualificação para a melhoria do sistema

de saúde, deveriam ter tido prioridade na execução. Não se justifica o seu adiamento por um ano, devido à simples mudança nas regras para a utilização dos recursos. Isso demonstra quanto tempo é perdido na morosidade, burocracia e na não priorização dessas ações.

Entretanto, há registros de algumas ações que envolveram as comunidades, como: ações de controle e combate à dengue, participação do Ação Global em parcerias com Sesi e Rede Globo, reuniões com conselheiros das regionais e lideranças religiosas e comunitárias, atividades do Programa Saúde na Escola, oficina de implantação de Educação em Saúde com a comunidade. Esta última, a meta era a realização de cinco oficinas, sendo realizado apenas uma. Notou-se, desse modo, um movimento, uma mobilização, mesmo que incipiente, na direção de envolver a comunidade no processo de trabalho da Secretaria de Saúde. Este episódio trouxe algo perceptível, que difere dos outros relatórios, nos quais, quando se fazia menção da participação da sociedade ou mesmo do conselho era simplesmente para cumprir uma normatização, mas não uma busca de envolvimento e participação de fato.

Este documento apresentou um relato que mereceu destaque. As ações do programa de Alimentação e Nutrição não foram executadas, apresentando a seguinte justificativa: no ano anterior, o projeto não foi submetido à aprovação pelo CMS. Constatou ainda no relatório o trecho da portaria do convênio que obriga tal planejamento ser apresentado ao conselho. Este episódio leva a um questionamento, se não fosse exigência do convênio a aprovação do órgão de deliberação colegiada, tal recurso seria utilizado sem a devida apresentação e aprovação. Assim, pode-se verificar que a gestão ainda não vê o CMS como um órgão fiscalizador, não só das ações, mas como de todas as contas públicas. Torna-se notório o quanto ainda tem que ser transformado na

consciência do que deve ser uma gestão compartilhada com a sociedade, senão por ela, mas pelo menos com o órgão que a representa, no caso, o CMS.

Quanto ao item Controle Social (nomenclatura utilizada pelo relatório para as ações que envolvem questões de participação social), durante este ano foram criados três Conselhos Comunitários Locais, apesar de a meta ser 13 conselhos. A justificativa apresentada no relatório foi a falta de comprometimento por parte dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde, com relação à mobilização para reunião com a comunidade. Outro entrave identificado no documento foi em relação à capacitação dos conselheiros do CMS, esta era uma ação prevista no plano, que foi sendo adiada até ser programada para o 1º semestre de 2011.

Outras atividades que estavam propostas para fortalecer o processo participatório, que não chegaram a se concretizar: realização de encontros com a comunidade para a sensibilização através de rodas de conversas; elaboração de material impresso para a divulgação do CMS e Conselhos Comunitários de Saúde; participação das discussões de gestão e planejamento da SEMSA, através dos Conselhos Comunitários/Locais de Saúde. Nas justificativas, eram citados argumentos tais como: demora na liberação de recursos, insuficiência de recursos técnicos e humanos, etc. Para o último item, nem sequer justificativa foi apresentada. Outro aspecto referente ao “Controle Social” foi com relação ao funcionamento da ouvidoria: muitas das ações propostas para a mesma também não foram realizadas. O próprio documento reconhece a necessidade de maior divulgação deste canal, que constituiu uma meta que não foi alcançada.

Por fim, o documento faz recomendações que devem ser consideradas e incluídas no novo plano de saúde, dando destaque para os problemas mais acentuados,

dos quais as metas relacionadas não foram alcançadas. Segundo o documento, foi alcançado apenas um percentual de 35,56% das metas propostas para o referido ano.

Neste ano, observou-se uma discreta melhoria nas ações de participação social, há que se reconhecer que houve uma inclinação por parte da gestão em favorecer esse processo, embora houvesse vários obstáculos, devido ao tipo de gerenciamento, como questões de morosidades burocráticas já discutidas anteriormente. Seguindo a análise temporal dos relatórios, há uma recorrência nas afirmações e tendências, se é que se pode assim afirmar, de incentivar e buscar um maior envolvimento da sociedade.

Atas de 2010

Em relação à atuação do conselho neste ano, só há registro de seis reuniões durante todo o ano. Se houve mais encontros, não foi registrado em ata, ou se foi, não constam nos arquivos do conselho. Conforme os achados nos registros, há um fato, que ocorreu na primeira reunião, que merece ser mencionado. No momento da apresentação do novo organograma da Secretaria Municipal de Saúde, no qual constavam os novos cargos que foram criados, houve um questionamento por parte de um conselheiro que pareceu bem pertinente. Ele afirmou: “[...] é importante que estes processos passem pelo conselho para que o CMS não apenas aprecie e aprove, mas também opine.” Ele continuou a sua argumentação: “É interessante que a SEMSA divida as responsabilidades com o conselho e respeite sua função”.

Essa discussão, de acordo com o documento, foi bastante intensa, com afirmações incisivas por parte do presidente do conselho, que, como já exposto, era representante do segmento dos usuários. Ele defendeu: “o conselho se interessa em

participar do debate do organograma”. Há aqui, nessa discussão, uma cobrança de respeito pelo papel do conselho, que ele não seja tratado apenas como um órgão consultivo e sim deliberativo. Notou-se uma postura consciente por parte do conselheiro e demonstrou conhecimento de seu papel como conselheiro e do conselho. Observou-se, dessa forma, uma mudança no posicionamento dos conselheiros no sentido de um comportamento mais pró-ativo, questionador. E essa postura é aquela que se acredita que pode mudar o cenário existente nos conselhos, para serem mais atuantes e cumprirem de fato com o papel a que foi proposto. Essa reunião foi bem produtiva do ponto de vista das discussões e questionamentos levantados pelos conselheiros.

Outro ponto de pauta foi a prestação de contas referentes ao 4º trimestre do ano anterior (2009), o mesmo conselheiro que havia levantado o questionamento anterior, discordou da atitude da prefeitura, em contratar profissionais terceirizados para a assistência à saúde indígena, segundo ele, na 13ª Conferência de Saúde, aprovou-se terceirização zero. O conselheiro finalizou sua fala afirmando que isto não estava acontecendo e solicitou que constasse em ata que a contratação desse serviço terceirizado não foi discutida pelo CMS. Portanto, seu voto era contra a aprovação da prestação de contas. Esse posicionamento endossa a discussão anterior, sobre o protagonismo de alguns conselheiros. Na reunião seguinte, essa discussão continuou, com explicações do gestor quanto à impossibilidade de contratação de pessoal efetivo, já que o recurso era temporário (proveniente de convênio com o Ministério da Saúde), mas reconheceu: “desde 1990, falam muito do controle social, mas de fato isso não vem acontecendo, por que a SEMSA estava com estes problemas de contratação e não dividiu esta preocupação com o conselho, fato que gerou todas essas dúvidas e questionamentos”. O gestor reconhece que ele mesmo poderia ter evitado essa

discussão. Contudo, essa problemática foi produtiva, pois serviu para alertar a gestão quanto ao seu dever de compartilhar as decisões e facilitar o processo de participação. Também foi útil para informá-lo que mesmo ele não favorecendo esse processo, isso iria ser cobrado, e ele teria que prestar contas de suas decisões não compartilhadas.

Na reunião de setembro, uma conselheira apresentou o projeto de capacitação de conselheiros. Essa capacitação, que estava prevista no plano de saúde anterior, e que havia sido protelada. Houve também nessa reunião uma cobrança por parte dessa mesma conselheira, quanto à assiduidade dos outros conselheiros, pois estavam nas etapas preparatórias da VII Conferência Municipal de Saúde. Ressaltou que a falta de quórum nas reuniões reforçam as deliberações *ad referendum*, e isso não era positivo para a área da saúde. Assim, o presidente reforçou as ponderações anteriores e solicitou mais responsabilidades dos membros deste conselho. Observou-se desse modo, que essa postura crítica, fiscalizadora e participativa não era comum a todos os conselheiros, ao contrário, eram poucos os que se portavam dessa forma, comprometendo assim o sucesso das ações do conselho. Ao que parece, este ano foi marcado por essa dificuldade em reunir, comprovado pelo pequeno número de reuniões e pelo relato do ex-presidente do conselho (em entrevista), à época, presidente, de, que ele teve que “lançar mão” de apelos para as reuniões de prestações de contas.

Apesar de poucas reuniões realizadas durante o ano, aconteceram muitas discussões importantes; a de outubro, por exemplo, foi marcada por uma série de intervenções e cobranças pelos mesmos conselheiros mais atuantes. Uma das cobranças feitas foi com relação à previsão de contratação, pela gestão municipal, de novos agentes de combate a endemias. O conselheiro solicitou que todo o processo de contratação fosse encaminhado para o CMS para a análise e posterior aprovação. Ainda

nessa direção, no sentido de cumprir com o devido papel de conselheiro, uma conselheira sugeriu que os membros do CMS retomassem o calendário de visitas, com o objetivo de ouvir a comunidade, gestores e servidores dos Centros de Saúde. Tal fala foi reforçada por outra conselheira, que fez um discurso sobre as funções dos membros do CMS. Como constatado, essa reunião, apesar de ser a última a apresentar ata, no ano de 2010, foi muito rica em termos de debates e discussão. Em outro momento, da mesma reunião, os conselheiros fizeram várias intervenções sobre um Plano de Alimentação e Nutrição apresentado, nele constava a previsão de recursos para a compra de veículo, equipamentos e viagens dos técnicos. Os conselheiros fizeram várias objeções a esses gastos, sugerindo que esse recurso fosse utilizado para a capacitação dos recursos humanos da área que irá trabalhar com a temática, para aquisição de material de suporte aos pacientes e profissionais. Finalizaram solicitando que o documento fosse refeito.

A análise das atas das reuniões do conselho desse ano está em concordância com a análise dos relatórios, pois reafirma o início de uma mudança de postura, tanto da gestão, como dos membros do conselho. Há uma maior conscientização do papel do conselho e do conselheiro, e uma cobrança por parte deles de respeito a esse papel. Essa foi uma etapa importante, houve nesse momento uma mobilização para valorizar esse espaço e fazer dele um local realmente de participação, fiscalização e envolvimento da comunidade.

VII Conferência Municipal de Saúde

Em 2011, foi realizada a VII Conferência Municipal de Saúde. No momento deste estudo, o relatório final ainda não havia sido concluído, e, portanto, submetido à aprovação pelo CMS, assim essa análise foi elaborada a partir da minuta do relatório. A Conferência foi realizada no mês de julho, teve o tema: “SUS: saúde de todos e para

todos!”. Assim como na conferência anterior, essa também foi precedida de pré-conferência, mas desta vez foram sete pré-conferências, correspondendo às sete regionais de saúde do município de Rio Branco. Para justificar a escolha dessa metodologia foi utilizado o seguinte argumento: “entendendo que assim a participação da comunidade local é favorecida, oportunizando o debate a partir das necessidades das diversas representações e lideranças existentes no território, caracterizado aqui como um *espaço vivo, onde tudo acontece*” (Minuta do relatório da VII Conferencia Municipal de Saúde de Rio Branco-Acre). Essas pré-conferências foram acompanhadas de feiras de saúde, que, segundo o documento, tinham o objetivo de divulgar as ações e serviços oferecidos pela SEMSA, Rio Branco, com atividades de promoção e prevenção e atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, e, ainda, ações de ONG’s parceiras que divulgavam o trabalho de suas entidades. A participação nas plenárias dessas pré-conferências variou de aproximadamente 50 a 130 pessoas. É um número bem tímido, considerando a população do município. Segundo esse documento, foi a partir do relatório das etapas das pré-conferências que foram realizadas as plenárias temáticas que definiram as diretrizes para o Plano Municipal de Saúde.

Durante a análise das propostas, tanto em âmbito municipal como em propostas que seriam levadas para as outras instâncias, foi observado que muitas delas eram muito vagas, pouco específicas, muito abrangentes, o que dificultaria a sua viabilização. Como exemplo, citamos um trecho da proposta do Eixo I-política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade. Sobre assistência social, a proposta municipal dizia: “Incentivar a atenção intra e intersetorial no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social na lógica da linha de cuidado”. A proposta não especifica qual vai ser essa atenção, quais são os setores que

serão envolvidos, entre outros. Entretanto, havia no relatório algumas propostas que, se realmente vierem a se concretizar, representam uma melhoria significativa nas políticas de saúde. Como exemplo, temos: “Articular com o SAERB (Serviço de Água e Esgoto de Rio Branco) para orientações quanto à instalação de fossas sépticas de acordo com as necessidades apontadas pelos ACS, e ampliação do saneamento básico do município de Rio Branco”.

Apesar de o documento registrar propostas bem audaciosas, que envolvem todos os setores e serviços do município, muito do que está escrito, chega a ser até pouco realista. Sabe-se que esse é o momento da comunidade solicitar os serviços, falar de suas necessidades, suas angústias, anseios. Talvez, por isso, as propostas tenham tido esse formato, refletindo a carência da população de serviços públicos de vários setores. Por exemplo, foi proposto: “articular a criação de restaurantes populares por regionais; articular com a secretaria de educação a ampliação de vagas e estrutura física das escolas, em todas as modalidades de ensino em todos os bairros”. Ficou evidente que os conferencistas aproveitaram o momento, a oportunidade de ter voz, para reivindicar todas as suas necessidades, como se aquela conferência tivesse o “poder” de resolver todos os seus problemas.

É importante também ressaltar que muito do que foi proposto, alguns compromissos assumidos, já estão em andamento, como será discutido a seguir. Notou-se um empenho em cumprir com o que foi preconizado, senão em sua totalidade, ao menos em parte, no que concerne à gestão da saúde municipal. Outro ponto importante, desse documento, que merece ser ressaltado, é o caráter inovador de algumas propostas. É possível perceber que há um amadurecimento do sistema como um todo, do relatório da penúltima conferência para este. De fato, buscou-se um envolvimento da

comunidade e que sejam realmente consideradas suas solicitações, necessidades, não apenas para cumprir uma exigência burocrática e normativa. Uma comprovação foi o segundo eixo temático da conferência: “Participação da comunidade e controle social”. Foi inovador ter um eixo completo com essa temática. Nas discussões, foram levantadas muitas propostas que objetivavam o envolvimento da comunidade, por exemplo: “divulgar e esclarecer os direitos e deveres da participação social, por meio de cartilhas e mídia do governo em linguagem acessível, reuniões na comunidade, fóruns, rodas de conversas, dentre outros, criando grupos de discussão sob temas de saúde na comunidade junto às equipes de saúde da família”.

Com relação aos conselhos, muitas propostas estavam voltadas a estimular o funcionamento dos COPS (Conselhos Populares de Saúde), pois estavam em fase de implantação. Para que esses fóruns se tornem de fato atuantes, foram feitas propostas que incentivavam a participação de presidentes de bairros, representantes de estudantes, entre outros. Notou-se uma mobilização, pelo menos no campo das propostas, no sentido de que estes espaços (conselhos locais) se tornem, realmente, um campo de audição da comunidade.

Outra proposta que mereceu ser mencionada, com relação à participação social, foi a avaliação periódica do Plano Municipal de Saúde, juntamente com os conselhos de saúde e representações locais e a realização de encontros trimestrais com a comunidade, para debater as ações e serviços das Unidades de Saúde, com avaliação e monitoramento dos trabalhos realizados, além de uma avaliação periódica nos Conselhos de Saúde das metas dos indicadores estabelecidos para cada unidade de saúde.

De fato, essa conferência apresentou melhorias nas propostas de participação social. Obviamente, que seria necessário mais tempo de análise para observar a resposta da sociedade a esse estímulo. Entretanto, observou-se que foi aberto (ou se pretendeu abrir) um espaço de discussão das políticas, ações e serviços de saúde. Pode-se afirmar que a postura da gestão revelou-se mais favorável à participação social, tendo como referencial o relatório da conferência anterior. Foi possível perceber que, há uma busca, ou ao menos uma tentativa de buscar o envolvimento da sociedade na construção de políticas públicas.

Plano Municipal de Saúde 2011-2013

Este, resultante da última conferência de saúde, só foi apresentado e aprovado pelo Conselho no final do ano de 2011. A justificativa pelo atraso, já que compreenderia ações que seriam realizadas na vigência de 2011, foi que se estava aguardando as propostas deliberadas na VII Conferência Municipal de Saúde, para que as mesmas fossem incluídas no referido documento, utilizando o seguinte argumento: “Entende-se que a participação popular tem um papel de suma importância na elaboração das políticas de saúde [...] a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco assumiu o compromisso de inserir as propostas deliberadas na VII Conferência Municipal de Saúde...” Assim, o plano já iniciou sua vigência com um ano de atraso.

Como será explicitado a seguir, muito do que estava proposto no plano já estava em andamento. Na descrição do processo de elaboração do documento, constou que o mesmo foi elaborado juntamente com os conselheiros municipais, fato que causou

estranheza, visto que, nas entrevistas, nenhum conselheiro relatou que havia participado do processo de elaboração do plano.

Diferentemente das propostas da conferência, o plano havia sido formulado com base em instrumentos básicos do PlanejaSUS¹³. Este tinha todo um arcabouço normativo que fundamentava sua elaboração. Por causa disto, esse documento apresentou um conteúdo mais técnico do que aquele da conferência. Quanto aos objetivos e metas traçados para o período de vigência desse plano, ao contrário da conferência, se apresentaram mais realistas, embora tímidos em alguns casos. Como exposto anteriormente, tais objetivos e metas teriam sido questionadas na sua apresentação ao plenário do CMS. As justificativas apresentadas pela equipe de gestão referiam-se à capacidade de alcance das metas e às preconizações dos programas a nível nacional, seguindo assim a mesma tendência. Esta situação ficou evidente no aspecto da saúde da mulher. No plano, as metas foram bem discretas, por exemplo: “Reduzir em 5% a taxa de mortalidade materna obstétrica”, meta para um período de três anos. Essa questão chama a atenção pelo fato de, como explicitado antes, a mortalidade materna no município ser elevada. Outra meta, que reflete esse posicionamento pouco audacioso, foi a de cobertura do exame preventivo do câncer de colo do útero: “Ampliar em 2% ao ano a cobertura de exame preventivo [...], de acordo com o pacto pela vida”, também no período acima citado. Notou-se que as propostas estão com os índices mínimos de aumento preconizado pelos programas. Essa normatização, embora sirva para nortear o processo de planejamento, também pode deixá-lo engessado, como no caso deste plano, as áreas técnicas não estariam atuando com liberdade, considerando a realidade local.

¹³ Sistema de Planejamento do SUS.

Como também já relatado anteriormente, a minuta deste plano foi apresentada em dezembro de 2011 ao CMS, e recebeu várias críticas pelos conselheiros; alguns até afirmaram que o documento não estava fiel ao que havia sido discutido e proposto na conferência. Foi o caso da Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência. A princípio não constavam no plano os objetivos e quadros de metas com relação à implantação da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência; após discussões e manifestação do representante dessa categoria no plenário do conselho, este tema foi incluído. Vale ressaltar que, a inclusão dessa política foi resultado de uma atitude pró-ativa de um conselheiro, que teve um posicionamento questionador e reivindicou a inserção no documento dos compromissos que haviam sido assumidos na conferência.

Este não foi o único conselheiro a questionar o documento, houve outra conselheira que questionou as metas relacionadas à área de saúde da mulher, acima descritas, metas direcionadas às ações de saúde nas escolas, com os adolescentes e da ampliação da cobertura de PSFs no município. Todos os questionamentos foram referentes à timidez dos índices a serem alcançados.

Foi perceptível, durante a análise do documento, em alguns casos, a posição cautelosa da gestão, temendo talvez uma situação de constrangimento, pelo não alcance de metas audaciosas. Por isso, optou-se por algumas propostas mais discretas, em algumas situações, no que se refere a índices. Entretanto, com relação à ampliação de estruturas e serviços, até a implantação de novos serviços, o plano tem propostas inovadoras, como por exemplo; em saúde mental, na educação permanente, na atenção especializada (Média Complexidade), na regulação, controle e avaliação. Ao que parece, o posicionamento mais tímido ou audacioso, depende da área técnica às quais as metas se referem.

Com relação às propostas de Participação Social, o plano não apresentou muita inovação. Notou-se que se pretendia concentrar esforços no funcionamento dos COPs. Percebe-se uma intenção de valorização desses espaços e de sua utilização pela comunidade. Para isso, foi proposta a garantia de capacitação permanente (continuada) dos conselheiros tanto do CMS quanto dos COPs.

Relatório de Gestão 2011

Quanto ao Relatório de Gestão do ano de 2011, o documento seguiu o mesmo formato do relatório anterior, apresentou dotação orçamentária e redação clara. Numa análise preliminar, foi observado que muitas das metas propostas foram alcançadas e as que não foram alcançadas tinham como justificativa, questões relacionadas à morosidade de processos licitatórios, ou de demora em conclusão de obras, entraves burocráticos para utilização de recursos provenientes de convênios. Muitas das ações que não haviam sido cumpridas estavam relacionadas com atividades de capacitações, oficinas, e de promoção da saúde. Assim como nos outros relatórios, as atividades foram transferidas para o ano posterior. Observou-se, também, que a maioria das ações propostas estava em consonância com o Plano de Saúde e consequentemente com a conferência. Algo que chamou a atenção nesse documento: como foi neste ano que se realizaram as pré-conferências de saúde e a própria conferência, muitas das atividades listadas no relatório eram com referência a estas ações. No documento, foi possível notar o tom de sucesso na descrição desta, como no trecho:

“A estratégia de realização das pré-conferências de saúde por regionais possibilitou um contato maior com as lideranças comunitárias e oportunizou um debate onde se discutia as necessidades reais e específicas de cada comunidade. Foi nesses espaços, que juntos, gestores do Sistema Único de Saúde,

comunidade, conselheiros regionais, presidentes de bairro e outras entidades discutiram também propostas para um melhor atendimento ao usuário do SUS” (pg. 41).

O relatório aponta alguns resultados favoráveis, por exemplo, uma queda acentuada na Razão de Mortalidade Materna, caiu de 93,11 para 57,98, neste ano. Esse é um dado importante, considerando-se que a razão de mortalidade materna tinha se configurado problema de difícil controle nos anos anteriores. Outro importante resultado exposto pelo relatório foi uma queda nos índices de mortalidade infantil, que no ano anterior foram de 14,59/1.000 nascidos vivos, reduzindo para 11,67. Ainda com relação aos avanços registrados, havia o programa de atenção à saúde do homem, que tinha sido um compromisso assumido desde o plano de saúde anterior. Houve uma movimentação no sentido de efetivar o programa, com a realização de oficinas de capacitação de profissionais; apesar de as metas não terem sido integralmente cumpridas, o processo foi iniciado. Outro fato que merece destaque são os resultados da Vigilância Epidemiológica, a maioria, acima da meta estabelecida.

Com relação às atividades do CMS neste ano tem-se registrado a problemática da Mesa de Negociação Permanente. Segundo o documento, a mesma não foi efetivada, a justificativa apresentada no relatório foi: “[...] os trabalhadores do CMS não encaminharam proposta de reestruturação”. Essa afirmação contradiz o que um dos conselheiros afirmou em entrevista, uma vez que, o mesmo informou que reuniu com a categoria, formularam suas propostas e, no momento marcado para a reunião, a representante da secretaria não compareceu.

Algo que mereceu ser relatado foi a concretização da capacitação para os conselheiros, que também era uma proposta de tempos atrás. Notou-se, através dos dados do relatório, que a gestão empreendeu esforços para estimular o funcionamento

dos COPS, pois, produziu impressos para a divulgação das ações de implantação dos conselhos locais de saúde, reuniu-se com os gerentes das UBS (Unidades Básicas de Saúde) para traçar estratégias, visando à sensibilização da população para a implantação dos COPS. Dessas ações, resultou a posse de 176 Conselheiros Populares de Saúde. As ações do CMS deste ano estavam voltadas à realização da VII Conferência Municipal de Saúde. Outra ação que vale destacar foi a confecção da Cartilha de Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, lançada na posse dos Conselheiros Populares de Saúde.

Este ano, segundo o relatório, foi um ano produtivo, no que diz respeito à participação social, apesar de muitas ações que estariam destinadas ao estímulo desse envolvimento, como capacitações, entre outras, terem sido transferidas para o ano seguinte. Foi possível avançar em passos mais largos do que em anos anteriores. Os obstáculos apresentados neste relatório não são inéditos, vem atravancando os processos desde anos anteriores. Assim, tais fatores têm demonstrado “pontos nevrálgicos” para a gestão. Constatou-se, desse modo, a necessidade de otimização das questões financeiras, para dar maior rapidez às ações, proporcionando assim o alcance das metas e a realizações de atividades propostas no exercício em que foram estipuladas.

Atas 2011

De acordo com os registros das atividades do conselho, nas atas das reuniões, observou-se que, neste ano, o conselho foi um pouco mais atuante, fez mais proposições, e os conselheiros tiveram uma postura mais pró-ativa. No início do ano, as atividades estavam voltadas para o processo eleitoral dos conselheiros que iriam atuar no triênio 2011-2014. Algo que mereceu ser destacado neste processo foi a quantidade

de entidades escritas no segmento dos usuários; inscreveram-se 33 entidades para oito vagas. Já no outro segmento, havia quatro entidades de trabalhadores do SUS e quatro no segmento de gestores e prestadores de serviço. As entidades eleitas já foram descritas. Essa quantidade de entidades interessadas em ocupar espaços como esses, merece ser mencionada. Observou-se que a sociedade está mais atenta a esses canais de participação, considerados como uma oportunidade de discutir melhorias, talvez, em alguns casos, apenas para as suas categorias. Porém, isso já denota uma busca pela participação nos processos políticos e de construção das políticas de saúde.

Esse ano foi um ano com muita movimentação no conselho, uma vez que aconteceram os preparativos para a realização das sete pré-conferências e da própria VII Conferência Municipal de Saúde. Conforme a ata da reunião extraordinária, realizada em abril, a proposta de realizar as pré-conferências partiu do secretário municipal de saúde, conforme trecho extraído da ata:

“O conselheiro [...] expôs que a realização das sete pré-conferências seria no sentido de realizar uma conferência de saúde mais popular e não técnica, como sempre é feito havendo a possibilidade da população de não participar dos debates, [...] será num formato bem popular para que a comunidade possa realmente participar e trazer as verdadeiras necessidades e problemas locais na área da saúde, sendo esse o verdadeiro objetivo de uma conferência”(Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Rio Branco, do mês de abril, pg. 1).

Consta ainda, no documento, a idéia agradou a todos no plenário, inclusive já se propondo temas para discussão nas pré-conferências.

Na reunião do mês seguinte, a comissão de análise do relatório de gestão 2010, solicitou alguns esclarecimentos aos técnicos dos Departamentos das Áreas Técnicas da SEMSA. Lamentavelmente, no documento, não constava quais eram esses esclarecimentos. Foi proposta, ainda nesse encontro, a criação e reativação dos

conselhos locais pelo secretário de saúde. Logo após a sua defesa, e um extenso debate, segundo a ata da reunião, uma conselheira propôs que fosse criada uma comissão para acompanhar a formação dos COPS junto com a gestão. Esta solicitação deixou nítido que os conselheiros estão mais envolvidos, pois estão pretendendo se inserir mais nas questões que dizem respeito à participação social, que eles vêem como sua responsabilidade, como nesse caso de reativação e criação dos COPS, foi uma iniciativa de não permitir que a gestão assumisse o que lhes compete.

Na reunião ordinária do mês de maio, também houve discussões bem produtivas sobre o aspecto da atuação dos conselheiros. Após a apresentação dos dados e resultados dos últimos meses de funcionamento das URAPs, um conselheiro propôs que além da gestão mostrar os dados e resultados, que fossem viabilizados, se possível, os dados referentes à avaliação dos usuários sobre o atendimento nas unidades. Também houve alguns questionamentos e sugestões com relação ao PAM (Plano de Ações e Metas) do Programa de DST/AIDS. Como este plano envolvia o destino que seria dado aos recursos do programa, os conselheiros intervieram dando sugestões na forma de utilização dos recursos. Pode-se constatar que os conselheiros têm posturas extremamente polarizadas, de alguns que abrem dissenso, e estimulam produtivas discussões, a outros que raramente se manifestam nas reuniões, muitas vezes se limitando a apenas erguer o braço na hora da votação. Mesmo diante da heterogeneidade dos posicionamentos dos conselheiros, em alguns casos, observou-se uma mudança de atitude do plenário como um todo. Por exemplo, as discussões sobre a utilização dos recursos da portaria destinados à realização da VII Conferência Municipal de Saúde. O plenário aprovou o plano de ação na condição de que fosse apresentada a este conselho a sua prestação de contas. Notou-se, neste caso, como a

questão envolvia recursos, o plenário do conselho foi mais criterioso no processo de aprovação. Isso demonstrou uma preocupação (mesmo que pontual) com o uso do dinheiro público. No entanto, a reunião em que iriam ser prestadas contas desses recursos não teve quórum suficiente, sendo o mesmo referendado conforme o regimento do conselho.

As demais reuniões transcorreram da mesma forma. Todos os projetos e propostas apresentados, pela secretaria, tinham a intervenção da plenária. Nenhum foi aprovado em sua íntegra, sem o acréscimo de alguma sugestão ou retirada de algo sobre o qual os conselheiros não teriam concordado. Observou-se, que essa atitude do conselho gerou um respeito por parte dos técnicos da secretaria, pois eles sabiam que suas propostas passariam pelos “olhares acurados” dos conselheiros.

Uma reunião que merece ser mencionada, por ter gerado intensas discussões, foi a de novembro. Como já afirmado, o plenário já estava mais à vontade para fazer suas intervenções, quando achasse necessário, e nesse encontro foi apresentado os Termos de Compromisso da Contratualização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB). Após uma intensa discussão, a plenária decidiu por consenso que o plano deveria ser refeito e acrescido de uma planilha de utilização dos recursos, que seriam oriundos desse termo, bem como da inclusão dos COPS no processo. Este foi um episódio de uma atuação bem sucedida dos conselheiros, visto que, eles não aprovaram e fizeram solicitações bem pertinentes. Essa é uma postura esperada de um conselho atuante, consciente de seu papel. Neste mesmo encontro, a presidente do conselho expôs ao plenário a realização de seis feiras de saúde. Segundo ela, devido ao sucesso das feiras das pré-conferências, a população,

através de seus representantes, estava solicitando a continuidade deste trabalho, a plenária elogiou a iniciativa e a denominou de “espaço de cidadania”.

No último encontro, ocorreu a apresentação do Plano de Saúde 2011-2013. Este também foi um encontro muito produtivo no que concerne às discussões, sugestões e críticas. Como exposto anteriormente, após intenso debate, entre o secretário e uma conselheira, optou-se por não submeter o plano à votação; somente após as correções sugeridas pelos conselheiros, e elencadas as correções em diversas áreas, e só assim, haveria a votação. Teve também o questionamento de um conselheiro sobre a Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência. Segundo ele, na conferência, essa questão havia sido bastante discutida e que resultou em alguns compromissos assumidos, e, que se fossem implementados, significavam melhorias consideráveis na atenção a esse grupo de pessoas. O conselheiro prosseguiu com sua argumentação afirmando que não viu esses compromissos refletidos no plano, não havia sequer um quadro de ações e metas relacionadas a esse tema. Para dar prosseguimento a esse processo, a plenária decidiu marcar outra reunião, extraordinária, para votar o plano corrigido. Este foi mais um exemplo da atuação questionadora e ativa deste conselho. Obviamente, ainda se observam dificuldades no tocante à imposição de suas objeções, mas é inegável a transformação, no sentido de melhoria que aconteceu nesse último ano.

Foi constatado, nos achados documentais, como um todo, uma evolução histórica tanto da gestão, quanto dos conselheiros. De uma conferência a outra, observou-se mais seriedade no tocante ao envolvimento da sociedade, desde um evento realizado somente para cumprir uma ação normativa, a outro com objetivos mais claros e mais envolvimento comunitário. Obviamente, há ainda inúmeros entraves

identificados, mas o que se objetiva enfatizar é essa visível mudança pelo menos no plano das propostas.

Com relação à descrição das ações do conselho registradas em atas, observou-se, como constatado também no acompanhamento das reuniões, que as deliberações e discussões giravam em torno da gestão e de alguns conselheiros mais atuantes, ativos e questionadores. Não há um posicionamento unânime do conselho, em cobrar mais envolvimento na elaboração de políticas ou mesmo de prestações de contas. Quando ocorre, essa cobrança é fruto de uma ação individual dos conselheiros. Entretanto, há que se reconhecer que, no decorrer dos quatro anos estudados, há uma intenção de melhorar na questão da participação, evidenciado pelo intuito de efetivar os COPS, nas unidades básicas de saúde e envolvê-los com o CMS, para assim poder partilhar os problemas das comunidades e haver uma aproximação do CMS da sociedade.

3. Entrevistas

O que dizem os conselheiros

Do vasto e rico conteúdo resultante das entrevistas, foram selecionadas sete categorias analíticas, conforme a escolha metodológica já descrita, são elas:

1. Representatividade;
2. Conhecimento/capacitação/formação/ experiência;
3. Relações de poder;
4. Efetivação das decisões;
5. Promoção da saúde;
6. Visão do conselheiro sobre seu papel e do conselho;
7. Percepção de Melhorias.

1. Representatividade

Conforme já descrito, todos os conselheiros foram indicados pelas suas entidades, sejam elas governamentais, de categorias profissionais ou de usuários do sistema. Quanto a esse critério, não houve distinção entre os segmentos. Este achado também foi evidenciado em outros estudos (COTTA, CAZAL, MARTINS, 2010; ALMEIDA, 2010). Tal aspecto merece ser discutido, considerando-se que o conselheiro representa ou deve representar não só a sua entidade, mas um segmento. A ausência de uma eleição para a escolha desse representante, no interior das entidades, retrata além de uma forma não democrática de escolha, pouco interesse dos membros em participar de conselhos de políticas públicas, sendo que não há muitos interessados em ocupar tal

espaço, para que seja necessária uma votação, ou algo semelhante. Conforme relata um trecho de uma entrevista, de um conselheiro representante do segmento dos usuários:

“Não, não há necessidade disso, (eleição) para ocupar os espaços, não. Por que cada um já tem uma área específica”. Conselheiro- usuário1.

“Sim, fui indicado. Foi, a coordenadora do projeto que em conversa com [...], o presidente do projeto, e por eu já estar a bastante tempo no projeto e por eu ter disponibilidade de tempo também, daí eu fui indicado.” Conselheiro-usuário2.

Essa é uma questão que está sendo levantada nas discussões sobre a efetividade da participação, uma vez que, se não é possível garantir mecanismos eficazes de representação, o processo já inicia de certa forma comprometido. SERAPIONI E MATOS (2013), ao se reportarem sobre a questão da representatividade nos mecanismos participativos, caracterizam-no como um aspecto problemático dos processos deliberativos: *“[...] no caso da participação pública não se pode falar de participação de todos e a toda hora e a representatividade no sentido próprio do termo não existe, na medida em que não existem mecanismos formais de delegação através dos quais, grupos ou categorias de utentes possam escolher seus representantes” (pg.16).*

A importância da representação e suas formas de escolhas também foi discutida por ALMEIDA (2010), que defende que a ausência de critérios legais e pré-definidos universalmente, tanto no que concerne a quem representa quanto aos métodos de escolha, torna a autorização recebida pelos conselheiros ou o seu direito de decidir mais facilmente contestável. Assim, nos conselhos, o mandato e a capacidade de intervenção são sempre dependentes do poder político, o que reforça a incerteza do componente da autorização. Desse modo, a atenção à diferença na origem do mandato dos conselheiros

e aos critérios de autorização das entidades é fundamental para a análise da capacidade dos conselhos de políticas se tornarem de fato, espaços de representação democrática.

Outra situação que emergiu entre as falas foi a ocupação dos espaços do conselho “cadeiras” para, de certa forma, fortalecer a entidade. Obviamente, que pode haver legitimidade nesta busca. Mas, notou-se que o segmento do usuário, que deve ser representado pelo conjunto das entidades, acaba por não ser defendido adequadamente, em detrimento de questões que envolvem situações específicas de cada entidade. Nesse aspecto, nota-se certo corporativismo. Como evidenciado nas falas a seguir:

Antes, até 2008, não tínhamos participação em nenhum conselho de política pública, aí quando surgiu esse nosso movimento interno da associação a gente resolveu...(inaudível), começamos a despertar o interesse para essa participação. Porque tem um lema da gente que fala o seguinte: quem não é visto, não é lembrado”. A gente tenta estar presente neste espaços, para que a gente seja visto e lembrado. E a gente começou a participar do conselho Conselheiro-usuário 3.

“Várias vezes já me deu vontade de pedir para ela assumir o cargo, por que o (entidade) ocupa muito, a verdade é essa: eu não tenho tempo. Mas a (coordenadora) diz: “não, o (entidade) não pode perder a cadeira lá”. Conselheiro-usuário 4.

Há, também, evidenciado nas falas, o reconhecimento dos conselheiros de que os usuários não estão sendo representados no conselho como deveriam. Os entrevistados identificam os obstáculos para essa representação, afirmando o limitado alcance de suas ações, intervenções. Devido a isso, alguns conselheiros se detêm a tentar atender as expectativas ao menos de suas entidades. Tal achado também é relatado no trabalho de SERAPIONI (2010). O autor defende que, neste tipo de representação, há sempre um risco de autorreferência de cada uma das entidades,

associações, mesmo diante de tentativas de se construir um espaço autônomo que opere como um fórum representativo dos direitos de todos os cidadãos.

Na pesquisa de NETO (2012), sobre as motivações dos representantes dos usuários a comporem os conselhos de saúde, ficou evidenciado que existe um forte indício de uma prática política patrimonialista entre os conselheiros entrevistados. Para ele, essa prática é característica de uma sociedade civil adepta de um modelo político corporativo e clientelista, em que as relações sociais se desenvolvem de forma assimétrica. No caso do CMS de Rio Branco, talvez essas relações clientelistas se dêem em favor das entidades representadas no conselho, daí o interesse corporativo da representação, exemplificado na fala acima de garantir a “cadeira” da entidade.

Aqui, o que eu procuro fazer, tipo eu me sinto privilegiado pela questão de estar aqui dentro e como se fosse uma porta para as pessoas que tem os seus direitos silenciados, até por ignorarem que tem esses direitos. Mas por outro lado, a gente sofre por entender que não pode fazer muita coisa, por que a burocracia às vezes emperra, regimentalmente, aliás, por lei, a gente sabe que os cidadãos têm muitos direitos que eles desconhecem e tem dificuldades de acessar esses direitos, então eu me sinto privilegiado por ser um porta voz, mas pelo fato de ser muito limitado, eu não vejo tanto resultado desse trabalho. Ai chega um ponto que o conselheiro ele se limita muito a atividade associativa dentro do conselho, por focar mais na sua área de atuação que você tem dificuldade de ver atendido na aquela área de atuação, imagina estender um pouco mais para ter um horizonte mais amplo. Raramente o conselheiro, assim, ele tem a visão macro da coisa, mas a sua atuação é mais restrita. Conselheiro-usuário2.

“Agora o usuário mesmo, aquele lá da ponta, que vai lá no posto que é atendido, ele aqui não é representado muito bem não”. Conselheiro-usuário5.

Outra questão que emerge, além dos interesses corporativos, é a dificuldade sentida pelos conselheiros de terem uma atuação mais ampla. Notou-se, desse modo, que esse posicionamento ocorreu não por falta de consciência de seu papel enquanto representante dos usuários como um todo, mas sim, por entenderem a amplitude da problemática envolvida e da complexidade das necessidades dos usuários, que requerem

medidas, providências que extrapolam seu limitado campo de ação enquanto conselheiros. Em algumas situações, extrapolam até mesmo o campo de ação do conselho de saúde do município.

Este dado não difere de outros estudos sobre participação, como no estudo de LÚCIA E PINHEIRO (2010), segundo as autoras, em sua pesquisa, a quase unanimidade dos conselheiros entrevistados reconhecia que as práticas cotidianas do conselho em questão deixavam muito a desejar, restando um frágil poder fiscalizador; gerando desânimo e descrença por parte de alguns que se viam apenas legitimando uma política muitas vezes distanciada das necessidades de saúde da população. Esta fragilidade, evidenciada nas falas dos conselheiros, reforça o sentimento de impotência dos conselheiros diante do que consideram seus representados. Há que se destacar que essa problemática influencia negativamente na avaliação de eficácia dos conselhos, sendo que, tal situação contribui para a auto-estima baixa dos conselheiros e para o descrédito de suas ações.

Outra limitação identificada em meio às falas dos conselheiros, com relação à representação, foi o relacionamento com a sua entidade. Quando questionados sobre a rotina de participação, se havia discussão entre os pares sobre a pauta a ser tratada nas reuniões do conselho, ou, se após a reunião, havia retorno para as entidades sobre o resultado da deliberação, a maioria respondeu que não discutiam a pauta previamente com suas entidades, salvo em condições muito específicas, que de algum modo diziam respeito à entidade representada por eles. Quanto ao retorno, a maioria afirmou que repassavam como informes nas reuniões rotineiras das instituições. Outros afirmaram que só repassavam quando era algo que de alguma forma interessava ou envolvia a entidade. Novamente, este dado está em consonância com outros estudos, por exemplo,

no estudo de COTTA, CAZAL E MARTINS (2010), 35% dos entrevistados afirmaram que não repassam as informações das discussões do fórum aos seus pares. Essa situação reflete uma contradição vivida no interior dos conselhos, considerando que o conselheiro é eleito ou escolhido para representar a sua entidade de origem, essa representação, como se vê, é deficitária, não é defendido, nos debates, o posicionamento coletivo, e sim individual, que muitas vezes, pode não refletir o pensamento prevalente dentro da instituição de origem do conselheiro.

SERAPIONI E MATOS (2013) também discutem essa questão, afirmando que: “uma representatividade efetiva e responsável supõe a ativação de canais de comunicação bilateral entre as pessoas designadas para participar e aqueles que representam” (pg.16). Dessa forma, o autor ainda defende que, por conta disso, os métodos deliberativos são, desse modo, amplamente questionados, devido ao déficit de representatividade, elemento que deveria ser constituído como peça fundamental, no âmbito da democracia participativa.

Para melhor ilustrar esse tópico, temos alguns trechos das falas dos conselheiros:

“Depende da pauta, nem toda pauta é necessário/possível reunir antes. Aqui na associação a gente tem sempre reunião com a diretoria e os assuntos que são discutidos são socializados.” Conselheiro- usuário 3.

A pauta aqui do conselho não. A não ser que a pauta vá influenciar no dia a dia das Ongs. Ai tudo bem, a gente se articula antes, mas no dia a dia como é uma questão mais de gestão, não é feita essa reunião não. Quando é uma pauta que vá influenciar no dia das Ong sim, p. ex. essa da construção das UBS, não é feito não, a não ser nos informes, né. P. ex. foi inaugurado o CAD, ai lá no Amigos do Peito, a mamografia do município está sendo feita. Procuro avisar para a entidade específica. Ou então na hora dos informes, cada um presta contas do seu conselho. Por ex. Ah, vai acontecer isso, foi aprovado isso. Ai a gente vai informando. Conselheiro-usuário1.

“Não, eu realmente não tenho esse posicionamento, de trazer o que foi discutido lá, de dar o feed-back para a instituição. Alguns informes que é importante eu passar para os colegas, a gente acaba comunicando como cursos, etc, nesse sentido, mas de demanda do conselho pra cá não”. Conselheiro-gestão1

Olha, para falar verdade eu não me sinto representando a (instituição) no conselho, na verdade o que eu tenho defendido até então por questões mesmo de me sentir capaz, então a representação pessoal enquanto profissional, pessoal, que se dispôs, com a minha experiência, na minha formação, etc. Mas, como a gente discutiu, eu não tenho representado, levando a voz da [...] dentro do conselho. Por essas questões mesmo, por não ter em tempo hábil nem de uma reunião para outra, da gente ter conhecimento da pauta para chegar aqui, e discutir, e nem da própria instituição está organizada para isso, se eu quiser fazer uma convocação para discutir e tal, eu sei, a gente sabe a realidade dos colegas, os compromissos do colegas, não vai ser possível, vai ter uma ou duas vozes, seria horrível, então tem esses entraves, que tempos que amadurecer, melhorar... Idem.

Olha, sinceramente, isso é uma coisa que acontece pouco, por que cada um tem uma rotina do dia-a-dia, e , quando é um tema que diz respeito[...] , entendeu? Ai que envolva a gente aprovar um recurso, uma demanda maior de investimento, ai geralmente a gente procura. A gente não consegue reunir todo mundo, isso não acontece nem na minha entidade nem na de ninguém. Igual eu vou para a reunião e quando eu chego, vou reunir na minha entidade para discutir o que aconteceu, infelizmente a gente ainda não conseguiu chegar nesse nível. Mas algum tema, dependendo da importância, a gente discuti. Conselheiro-usuário 6

Essa comunicação que ocorre entre os representantes e seus representados não é o ideal de comunicação que se preconiza em instâncias colegiadas. Embora seja necessário considerar a rotina vivida pelos sujeitos pesquisados. Este achado leva-nos a questionar quais são as vozes que estão sendo ouvidas neste órgão colegiado. Como já foi exposto, o usuário de modo geral não está sendo representado em sua essência, mas, e as entidades? Estão sendo representadas? Ou as vozes, os posicionamentos levantados são fruto de pensamentos, conclusões individuais dos conselheiros, baseados em suas

experiências, perspectivas e impressões, já que não estão conseguindo, de algum modo, trazer o posicionamento das entidades para as discussões, decisões do órgão colegiado. Este fato contribuiu para fragilizar o plenário e torná-lo susceptível a manipulações ou influências de alguns atores que, por força do cargo/função ou poder de oratória, devido a um conhecimento privilegiado, conseguem conduzir o posicionamento dos conselheiros a um resultado favorável às suas propostas, sem que se trate realmente de uma decisão autônoma que corresponda à vontade ou necessidade da sociedade.

Outro achado, ainda relacionado à representatividade diz respeito aos custos da participação. Sabe-se que o envolvimento em atividades, em órgãos colegiados, não ocorre sem que haja necessidade de investimentos, sejam eles de: tempo, dinheiro, disposição, entre outros. Este é um fator que deve ser considerado, pois em entrevista, alguns conselheiros até afirmaram que foram escolhidos porque tinham tal disponibilidade e interesse, além de que estariam dispostos a dispensar esses recursos em prol do exercício da participação. Por isso, talvez, a não necessidade de realização de eleições no interior das entidades. Na verdade, esta atividade é vista por alguns membros do conselho como um fardo, um sacrifício que fazem em prol da visibilidade de sua entidade. Conforme ALMEIDA (2010) enfatiza, a participação e a representação devem ser vistas como atividades que a sociedade civil exerce de forma complementar, às vezes, simultânea. Os conselhos de políticas públicas brasileiros são exemplos de como os conselheiros que representam entidades, associações ou grupos são, ao mesmo tempo, participantes desses movimentos.

Este aspecto também foi discutido em outros estudos, RODRIGUES (2009), ao entrevistar enfermeiros, em seu estudo sobre a prática participativa, afirmou que eles, de um modo geral, formularam que a prática em conselhos gestores demanda

compromisso, tempo e disponibilidade, sendo que eles não dispõem de condições adequadas ou até mesmo estímulos da instituição para a realização de atividades de participação. OLIVEIRA E PINHEIRO (2010) também relatam essa problemática, ressaltam o conflito que alguns conselheiros entrevistados em sua pesquisa demonstraram. Eles têm consciência da responsabilidade de participar na defesa dos interesses coletivos e, ao mesmo tempo, ter de garantir sua sobrevivência e de sua família. Relataram ainda que o próprio trabalhador da saúde, muitas vezes, tem dificuldades de ser liberado de suas atividades, para participar de fóruns colegiados. Situação semelhante também foi encontrada nesta pesquisa.

Alguns relatos dos conselheiros sobre suas dificuldades em conciliar suas atividades rotineiras com as do conselho:

“Então é muito complicado, ou eu me dedico ao conselho, ou me dedico ao... (instituição). Não que eu não goste de tá no conselho, é legal”. *Conselheiro-usuário4*

Eu preferia, tipo assim, uma outra pessoa que tivesse mais tempo do que eu para ir para lá, para receber denúncias, para estudar melhor, estar quando precisasse estar no conselho. Por que ou você trabalha aonde a gente trabalha e faz o seu trabalho, ou você fica no conselho, eu acredito que fazer o que a gente faz dentro do (entidade) e fazer o que o conselho pede, é complicado, conciliar as duas coisas, principalmente para quem tem filho, tem uma vida, tem a sua casa, para tá o dia em reunião, quem dá plantão como eu, que trabalha a noite também. Sai daqui do plantão tem que vir para o [...] resolver tudo e tem que ir para a reunião do conselho, como que vai? Idem.

“É, tipo na reunião passada, eu tinha que ir para lá, e a minha gerencia, não entendeu, ou não sabia, e eu levei uma falta, e aí isso compromete a minha vida”.
Conselheiro-trabalhador1.

Esse último depoimento retrata o caso citado anteriormente. Não podemos falar da participação de modo romântico, da construção da cidadania livre de ônus, pelo contrário, há na problemática da participação uma série de compromissos e investimentos que são exigidos dos envolvidos. Há que se considerar, também, que, para os representantes do segmento do serviço, os custos são atenuados em comparação com os representantes dos usuários. Considerando que os prestadores de serviços exercem suas atividades no conselho durante sua carga horária de trabalho, o que muitas vezes não ocorre com os representantes dos usuários, que tentam compatibilizar tais atividades, muitas vezes acarretando o ônus da participação. Para exemplificar essa situação, temos o argumento de um dos entrevistados:

Mais na questão da participação popular, eu acho que a eleição para conselho de saúde, deveria ter uma relevância e uma divulgação nos moldes dos conselhos tutelares, mesmo que não seja pago, e eu ainda defendo, nós somos uma minoria dentro do país, que conselheiro de saúde, devia ter um certo (...) algum pró-labore, eu sou concursado, não tenho problema de emprego desde 89, mas o setor social, tem muita gente que não vai para a reunião por que não tem como pagar o ônibus, eu percebi isso. Por que a gente gasta dinheiro público com muita coisa, eu não vou nem ser redundante de falar da corrupção, eu acho que a gente que paga pensão para ex-governador, não deveríamos ter vergonha de achar que é ruim a gente dar dinheiro para o trabalhador, por que a relevância do conselho de saúde é muito grande. Ai dizem, nós não devemos pagar por que é um trabalho voluntário, agora só que o poder público sabe de uma coisa, a partir do momento que ele tem uma remuneração, o que vai acontecer automaticamente? O conselho vai se qualificar, agora, essa qualificação é interessante para o poder público? Então isso, eu não creio mais na questão do romantismo, eu acredito na qualificação, e essa qualificação, se eu faço alguma coisa boa, eu tenho que ser pago, quer dizer a minha condição de fazer, eu tenho transporte, eu tenho com quem deixar filho, alguma coisa que eu tenho que fazer, para garantir que todo mês eu vou estar ali. Por que quem pensa que o trabalho lá do conselho é uma vez por mês, não conhece o conselho, ah, mas vamos pagar como se é uma vez por mês? O problema já está ai, tem trabalho para o conselheiro fazer 35 dias por mês se ele conseguisse arrumar mais 5 dias, 25 horas por dia, se o dia tivesse mais uma hora, por que você define, mas é muito bom, uma vez por mês fica lá, espera aqui. Por que não é interessante para o município,

nem para o estado que os conselhos funcionem de forma plena, mas a gente vai conseguir superar isso. Conselheiro—usuário⁷

Devido aos objetivos desta pesquisa, não nos aprofundaremos neste aspecto relacionado aos questionamentos em relação aos pagamentos de honorários para quem exerce a função de conselheiros. Sabe-se que é uma discussão que deve ser realizada, e que o caráter voluntário dessa atividade tem seus contrapontos, devido aos argumentos apresentados. Não se pode negar os custos que envolvem as atividades de participação em fóruns colegiados, e estes de alguma forma devem ser considerados, e quando possível, minimizados, até para que a participação seja estimulada, e que, não acarrete ao cidadão mais ônus do que já lhe é atribuído, como exemplo: tempo de análise das propostas, escuta dos usuários, debates, etc. Mas esse dilema extrapola o campo de discussão deste, e essa temática deve ser resgatada em estudos posteriores.

2. Conhecimento/capacitação/formação/ experiência;

Outro aspecto nevrálgico do funcionamento do conselho, que se destacou na análise das entrevistas, foi a questão do conhecimento e necessidade de capacitação dos conselheiros. Este aspecto foi enfatizado em todas as categorias representadas, não somente dos usuários, como era de se esperar. Esta problemática foi levantada até mesmo entre os representantes dos profissionais, prestadores de serviços e instituições de ensino. Cabe, neste tópico, um olhar mais acurado, para poder retratar de maneira mais fiel possível a realidade encontrada neste fórum. Entre as falas, emergiram desde percepções de que os conselheiros devem ser “quase especialistas”, até posicionamentos de que devem ter mais representantes dos grupos mais excluídos ou vulneráveis da

sociedade. Todos os entrevistados deram ênfase a esta questão, até mesmo o representante da secretaria, o secretário de saúde.

Como exposto anteriormente, apenas quatro conselheiros participaram do único treinamento que houve para conselheiros de saúde, realizado em parceria entre a UFAC e a Secretaria Municipal de Saúde. Em entrevista, os que não participaram alegaram que a metodologia do curso era muito intensa, e isso era um impeditivo para a participação de pessoas que desenvolviam várias atividades. Alguns até iniciaram o curso, mas, após tomar conhecimento do horário e forma como o curso iria ser ministrado, desistiram.

Questionamos em entrevista aos conselheiros se eles tinham conhecimento/familiaridade com os assuntos/ questões que são levantados no plenário do conselho. Eis algumas respostas:

“... tem coisas que a gente tem propriedade para falar a gente fala. Quando não tem, a gente tem que ter humildade, ouvir e aprender com o colega, que está do lado, que está entendendo, a gente para ouvir e aprender e na próxima reunião a gente vê, pesquisa, e deve fazer uma intervenção, e aí a gente faz. A gente tem que reconhecer e ficar calado”. Conselheiro-usuário3

“Fica limitado, por que muitas vezes são usados termos técnicos e algumas vezes não usam termos técnicos, mas de familiaridade de quem atua na área de saúde, especificamente por funcionários da área da saúde, eu particularmente até outros conselheiros que não tem atuação na área de saúde tem dificuldade de compreensão”. Conselheiro-usuário2.

“... tem assuntos, que fico voando”. Conselheiro-trabalhador2.

Mas tem momentos que realmente a gente fica assim, vamos dizer assim, sem entender, voando, muitas, coisas, muitos assuntos, inclusive leis, e como é tanta coisa, eu até sei que tenho um pouco de culpa da minha parte de não estar de repente me inteirando mais, buscando saber mais do que se trata, ou lendo a pauta com antecedência, pesquisando sobre a pauta, para quando a gente chegar lá estar mais inteirado do que vai ser falado. Conselheiro-trabalhador 1

“As pessoas quando dominam um assunto interessante, quando você chega, em qualquer local, é a ditadura das letrinhas, né. Por que quem entende já fala em siglas. Não por que o FNT e DNO, pelo estudo que a ...” Conselheiro- usuário7.

Sabe-se que obviamente seria impossível que todos dominassem todos os assuntos tratados naquele fórum de discussão, especialmente por se tratar de um grupo muito heterogêneo. O que vemos como aspecto positivo, pois assim, tem-se a chance de ter uma maior variedade de categorias representadas. O problema que se identifica neste achado da pesquisa não é a falta de domínio do que é tratado no plenário, mas sim, a atitude frente a esse obstáculo que se coloca a uma efetiva participação e deliberação. Quando questionado aos conselheiros qual a atitude tomada por eles nestas situações, apesar de alguns revelarem pró-atividade, informando que questionam, debatem, tentam esclarecer suas dúvidas, a maioria respondeu que se omite, não questionando aos preletores.

Tal aspecto revela um problema que deve ser tratado no âmbito do colegiado, pois como tais conselheiros vão exercer plenamente seu direito de deliberação, votar, sem compreender o que está sendo discutido? A seguir alguns relatos da dificuldade em manifestar-se:

“... mas aí, acaba que a gente fica calado. Diz: “Ah, eu não vou nem discutir, nem questionar”, por que alguma vez você pergunta: o que é isso? Do que se trata, mas outras você acaba deixando passar, por que há tantos questionamentos, por que você

acaba passando vergonha, de tanto questionar, entendeu? Mas já teve reuniões que eu não estava bem inteirada, entendendo bem”. Conselheiro-trabalhador1

“Por que assim, poxa, ela que tem nível superior, de certa forma, alguns podem achar idiota, aí a gente já fica com esse receito”. Idem

“... eu nunca cheguei assim: ah, o que é isso?” Conselheiro-prestador de serviço1

Estas falas retratam a dificuldade que alguns conselheiros apresentam de se manifestar, de falar em público, de apresentar sua dificuldade. Como exposto, alguns até afirmaram que temem algum constrangimento, que talvez seu questionamento seja considerado “idiota”. Há que se considerar e rever o ambiente do conselho e que essas situações sejam discutidas, para que essas dificuldades sejam sanadas, a fim de uma deliberação efetiva e melhores decisões pautadas em votos conscientes e livres de mal-entendidos ou mal-interpretados.

Também questionamos aos entrevistados qual a atitude percebida dos colegas. A maioria respondeu que percebem timidez e omissão. Houve até relatos de conselheiros antigos que afirmaram nunca ter ouvido a voz de alguns membros do conselho. Outros relataram que notavam um ambiente de total incompreensão, como nos trechos a seguir:

“Não, vários conselheiros ficam calados. Principalmente quem não é da área da saúde”. Conselheiro-usuário2

“Muitas pessoas, até dormindo, por que às vezes não quer participar, aí você olha tem uma ou duas e o resto tudo de fora”. Conselheiro-usuário4.

“Não, eu acho que eles ficam mais retraídos, eu acredito que eles votam até em dúvida, eles não tem o domínio e às vezes ficam até inseguros, mais aí, eles votam,

alguns, por exemplo, alguns conselheiros que são mais antigos, outros tem mais liberdade, por exemplo, o [...], diz: eu vou me abster, outros não, votam com a maioria”. Conselheiro-usuário1

No geral, o silêncio, se calam, outros fazem cara feia. Isso é a maioria, geralmente tem esse comportamento, de se encolher ou ter vergonha de perguntar. Isso, a gente ver em outros conselhos, às vezes o outro que estar do lado, que não entende nada do assunto que estar sendo posto, mas na hora de votar diz “vota a favor”, isso é uma das coisas que prejudica muito o desempenho do conselho, essa coisa que eu não sei do que se trata, mas o colega disse que é bom, vou votar à favor. Infelizmente é isso que acontece, a pessoa não sabe, se encolhe, e não se abstêm. Por que se não entende da questão, se estar com dificuldade, ou pergunta ou então se abstêm, não vou votar numa coisa que não sei no que estou votando, mas não acontece isso, infelizmente, atitude é aquela, ou você se cala, não tira dúvida, mas na hora de votar você vai com a maioria. Conselheiro-usuário6

Como observado, há uma preocupação, inclusive dos outros conselheiros mais atuantes, com essa atitude dos colegas, frente a um assunto desconhecido. Esse ambiente de incompreensão pode favorecer práticas clientelistas, manipulações e retirar do plenário do conselho sua autonomia, tornando-o vulnerável a tais práticas e comprometendo sua efetividade e compromisso com uma deliberação de qualidade.

Apesar de este aspecto ser conflitante no interior dos conselhos, não é um acontecimento raro, uma vez que essa problemática também foi relatada na literatura pesquisada. OLIVEIRA E PINHEIRO (2010) também demonstraram em seu estudo, que os mais inibidos não se arriscavam a pedir a palavra, e às vezes, não são vistos, nem ouvidos quando se atreviam a fazê-lo. Afirmam ainda que uma das dificuldades encontradas na pesquisa, salientada pelos conselheiros, foi a falta de capacitação para exercer o papel deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas. Esse fato gera desânimo e descrença por parte de alguns conselheiros que se veem apenas legitimando uma política muitas vezes distanciada das necessidades da população. Este também foi

um achado da pesquisa de SERAPIONI (2010), realizada nos países do Sul da Europa, os entrevistados em sua pesquisa também revelaram dificuldades em exercer esse papel e enfatizaram a necessidade de capacitação para atuar neste território com demandas tão específicas como é o da saúde.

Vale salientar que o conhecimento específico na área da saúde não é e nem deve ser condição *sine qua non* para o desenvolvimento de deliberações legítimas e adequadas à sociedade. O conhecimento de “causa” dos usuários deve, não somente ser valorizado, como também ser considerado quando se avalia a implantação/implementação de uma política pública de saúde, independente dos aspectos técnicos e científicos. Este é o fundamento legítimo que baseia teoricamente a existência dos conselhos plurais: uma decisão tecnicamente correta não é, necessariamente, a mais legítima socialmente ou até a mais adequada moralmente. Vale salientar que não podemos afirmar que os pressupostos e os conhecimentos científicos não são importantes na tomada de decisões e na organização das ações. O que defendemos é que: apenas a validade científica não é suficiente para legitimar as decisões e ações, e que o sentimento de dever ultrapassa os limites daquilo que é exequível do ponto de vista científico (BATAGELLO, BENEVIDES, PORTILLO, 2011). BISPO-JUNIOR E GERSCHMAN (2013) falam da tecnocracia, que preconiza que os convocados a decidir são apenas os poucos detentores de conhecimentos técnicos específicos. Excluindo do processo de tomada de decisão os cidadãos.

Sobre esta questão técnica iremos nos reportar a GIDDENS (1991), que defende que uma das características da modernidade é que estamos envoltos em “*sistemas peritos*”, o mesmo define como: “*sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que*

vivemos hoje. [...] Os sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influencia muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua” (pg. 35).

Esta problemática exposta acima deve ser repensada nos ambientes dos conselhos. Visto que, não podemos desconsiderar a importância das possibilidades ou impossibilidades técnicas das propostas, mas devemos compatibilizar com as necessidades ou situações apontadas pelos outros representantes do plenário, ou seja, como defendido, o conhecimento técnico não é o único fator que deva ser considerado no processo de tomada de decisão, outros aspectos são em alguns casos tão ou mais relevantes quanto. Que podem ser apontados, porque a princípio não detém “condições técnicas” de tratar a questão, mas, detém o conhecimento das necessidades sentidas da população, que é o principal alvo a ser alcançado.

Quando questionado aos entrevistados sobre qual o assunto, que discutido no âmbito do conselho, apresentavam mais dificuldades, eles foram quase unânimes em afirmar que era com relação à prestação de contas apresentada ao conselho trimestralmente. Como apresentado nos relatos:

Na realidade, aqui, na minha sugestão, a gente tinha que ter uma assessoria contábil, o conselho tinha que ter uma assessoria jurídica, tem coisa aqui, que eu digo: ‘meu, Deus eu vou aprovar’, por que se eu não aprovar vai é piorar para a população. Eu não entendo nada aqui, como é que eu vou dominar aquela prestação de contas? Todinha de cabo a rabo? Que tem hora que a gente olha e não entende é nada, se não for a gente perguntar aqui, e aí dizem, não esse dinheiro é da portaria tal. Valha-me Cristo! Sim, eu quero saber é se gastou, se foi isso mesmo, se foi investido, a minha preocupação é essa. Ver o que foi feito, onde é que foi feito, aí, eu vi foi construído mesmo, etc. É assim, por que não tem como, fica difícil sem assessoria, por exemplo, a prestação vinha, a assessoria contábil vinha dava uma olhada, diz não, olha, aqui tem um negócio meio suspeito, aí a gente marcava e volta lá esclarece, mas não dá para ser assim. Nós não temos estrutura para isso. Conselheiro-usuário 1.

“Eu acho assim, mais a área, por incrível que pareça é o financeiro (risos), tanto é que essa comissão... [pequeno trecho inaudível] Tem que ter muita paciência, é o que mais assim, sabe é o que fica, é difícil, talvez até por eu não entender muito de finanças, prestação de contas, né?” Conselheiro- usuário5

“Alguns, eu tenho dificuldades, por exemplo, com relação a recursos. Tem coisas assim, que a gente deixa um pouco a desejar, por que a gente não tem uma formação nessa área mais financeira, e aí às vezes a gente fica meio...” Conselheiro-usuário6.

Esses trechos nos remetem à passagem anterior, na qual GIDDENS discute o sistema perito. Como vemos, essa realidade se reflete também no interior de órgãos colegiados, uma vez que, essa necessidade foi sentida por vários outros conselheiros. Alguns chegaram a afirmar que sem essa assessoria se torna inviável uma análise completa e segura do que se pretende a prestação de contas. Vê-se, desse modo, que ficou evidente a debilidade da análise da prestação de contas, e que, os próprios conselheiros, alguns até membros da comissão que a analisa, não se sentem capacitados para tal função, deixando transparecer a vulnerabilidade desta atividade. É algo preocupante, pois, é uma das principais funções deste órgão fiscalizar as contas públicas. Assim, podemos afirmar que essa fiscalização está fragilizada pela dificuldade apontada pelos conselheiros.

Apesar dos vários entraves identificados e expostos nesta seção, surgiu, em meio às falas dos entrevistados, algo que soou positivamente. O fator pedagógico da participação em instâncias como estas. Muitos acenaram positivamente para a prática em fóruns colegiados, sendo que, valorizaram o aprendizado que se desenvolve com o passar do tempo. Por exemplo:

É tem um outro lado também na participação, é que forma a pessoa, é uma escola, para mim participar de um conselho de política pública, é. No caso, a pessoa estar ali por um convite, tem uma vaga, não sei, a gente tem que pensar no futuro, em uma experiência para um futuro. É participando desse processo que vai adquirindo experiência, amadurecendo, né, e esse conhecimento, eu acredito que não vai acabar. Nunca vai acabar. Conselheiro-usuário³

... Eu acho que mais importante do que isso, é quando a gente se qualifica pela riqueza de debate, da argumentação, e isso vai adquirindo com prática, também não vamos ser ingênuos de achar que o conselheiro, usuário, que nunca frequentou um conselho de saúde, chegue aqui e vá...né?. Então assim, eu acredito muito, que nesse processo, as pessoas vão se legitimando e vão tendo a sua voz mais ou menos, escutada, considerada, pela posição com coerência, pela defesa que faz. Conselheiro-gestor²

“A interação ... Por que não tenho total domínio. Até por que agente chegou aonde chegou caminhando, pelo menos na anterior, tinha muitas coisas que não tínhamos conhecimento, e fomos aprendendo, né, caminhando. Fomos vendo, e aprendemos muita coisa.” Conselheiro-trabalhador³

Entretanto, há a necessidade de se refletir sobre a qualidade deste aprendizado, pois se ocorre, deve ser muito sutil, devido ainda não ser suficiente para resultar em uma postura mais pró-ativa dos envolvidos.

Por outro lado, é inegável que o conhecimento e habilidade adquiridos em espaços como estes devam ser valorizados e consequentemente conferem legitimidade à deliberação. Também foi encontrado na literatura autores que defendem os aspectos positivos da experiência resultante da participação. BATAGELLO ET AL. (2011) defendem que os conselhos de saúde são fundamentais à medida que representam um importante instrumento para a construção da autonomia popular, para a capacitação da sociedade civil e o desenvolvimento de cidadãos com maior experiência na defesa de seus interesses. JACOBI et al. (2006) também argumentam em defesa do aprendizado

da negociação: “ *toda negociação gera algum aprendizado, pois as interações de uns com os outros, estabelecem relações dentro de um determinado contexto*”(pg. 9). Para os autores o elemento central para a aprendizagem social é o investimento intenso no trabalho cooperativo, para que promova a participação coletiva e o diálogo entre os sujeitos envolvidos no gerenciamento. Assim, o aprendizado se torna uma construção coletiva permitindo que posicionamentos tanto individuais como coletivos sejam expostos e que se busquem campos sinérgicos de negociação.

Não se pode negar a existência desta interação e aprendizagem neste fórum, mas há que se considerar que esse processo deve não somente ser estimulado pelos partícipes, como também intensificados a fim de se obter resultados efetivos dessa interação, que é uma participação mais autônoma e dialogada entre todos os conselheiros.

3. Relações de poder

Outra questão também abordada foi a percepção de relações de poder dentro deste fórum colegiado. Esta problemática se revelou bastante divergente entre os entrevistados. A maioria relatou que não percebia tentativas de coerção ou qualquer outro tipo de influência que fosse resultante de força de cargo, ou algo semelhante. Alguns dos entrevistados que manifestaram ter essas percepções viam tais relações como algo natural, e que está presente em todas as instâncias de negociações. O fato que surpreendeu foi que quem teve essa postura de reconhecer que existiam, relações de poder dentro do conselho foram os próprios representantes dos profissionais de saúde e até mesmo os membros da gestão. Outro aspecto importante foi que até entre os que

revelaram em entrevistas percepção de algum poder de influência divergiam entre si. Alguns informaram que a gestão exercia algum poder coercitivo e manipulador, outros afirmaram que esta influência era por força do convencimento, através da argumentação apresentada, já que a gestão sempre se apresentava bastante embasada ao expor projetos e propostas. O fato é que, se observou que nem todos tinham esse olhar crítico, devido ao ambiente amistoso do plenário do conselho. Essa aparente cordialidade mascarava qualquer tentativa de manipulação do plenário, já que esta se apresentava de modo bem sutil, nem todos tinham essa percepção. Cabe nesta discussão, a reflexão sobre o “homem cordial”, feita por HOLANDA (1995):

[...] daremos ao mundo o ‘homem cordial’. A ilhaneza no trato, a hospitalidade, a generosidade, virtudes tão gabadas por estrangeiros que nos visitam, representam, com efeito um traço definido do caráter brasileiro[...]. Seria engano supor que essas virtudes possam significar ‘boas maneiras’, civilidade. São antes de tudo, expressões legítimas de um fundo emotivo extremamente rico e transbordante. Na civilidade há qualquer coisa de coercitivo- ela pode exprimir-se em mandamentos e em sentenças.

O autor ainda acrescenta que por meio de padronizações de formas exteriores da cordialidade, que não precisam ser legítimas para serem manifestas, o indivíduo consegue manter sua supremacia ante o social. É realmente dessa forma que a cordialidade imperava no ambiente do conselho, tornava assim, indelicada ou até mesmo antipática, uma manifestação contrária ao que estava sendo exposto em um clima tão “harmonioso”. Vejamos alguns depoimentos:

“Isso é visível, geralmente o que ele [secretário de saúde] falar é o que é acatado. Justamente pela posição dele. E ele já foi presidente, e vejo a influencia na presidência, alguns não, tipo o...”. Conselheiro-gestão1.

Sim, isso infelizmente é o que mais acontece, não é uma característica do CMS, aqui, isso é o que mais ocorre. .. Está sempre todo mundo articulando a seu favor. Então, olha vamos articular, vamos conversar, por que isso aqui é importante, isso aqui é menos importante do que isso aqui, muitas vezes da gestão mesmo[...] mas ocorre isso, de um colega, de um grupo, ou de uma instituição fazer a política ali com a outra, para tentar ou votar a favor ou contra, isso é um processo natural[...] Sim, isso ocorre desde o processo eleitoral. Conselheiro-usuário6.

Eu vou te ser sincera, pode até ter uma chance, pequena, mas acaba que como tudo no Brasil, acaba que os mais poderosos estão ali, sempre influenciam... A opinião da secretaria, o que a secretaria acha que é mais correto, acaba tendo um valor maior e acaba sendo obedecido, de certa forma. A gestão diz que tem que ser assim, a gente fala que tipo não poderia ser assim, e acaba que não, a gestão tem prioridade, que é o que acontece em outros setores também. Infelizmente, poderia ser a voz da comunidade, dos usuários, e até a gente da categoria que estamos ali para isso, ser um pouquinho mais responsáveis, autônomos. Conselheiro-trabalhador1.

Agora que é em forma de disputa, realmente é, as pessoas não estão aqui, por que gostam de vir de vir para cá, e até gostam, como eu digo assim... Não é isso, eu acho que é um espaço de disputa, como todos os espaços é importante reconhecer isso, que cada um aqui representa a sua instituição, ou a ele próprio, algumas vezes, você percebe, e isso existe em todos os conselhos, acredito, há interesses, ninguém sai de casa para vir aqui, para tomar um café.. ver o que está acontecendo e ir embora, as pessoas tem interesses, porém, o importante é que esse interesse legítimo, ou ilegítimo, quando representar interesses de uma pessoa. Acho que é uma arena sim, um espaço de disputa, tem que ser reconhecido e entendido como tal, não será diferente, é bom que seja assim, mas é bom também que o resultado disso tudo seja bom para a sociedade. Conselheiro-gestor2.

“Então, existe sim essa disputa, isso é muito claro, normal. O que vai mudar e a forma como a gente trata”. Conselheiro-usuário7

Como observado, dentre os que reconhecem que existem relações de poder, alguns enxergam como algo inerente ao processo de negociação, poucos foram os que

realmente vêm como força coercitiva. Quanto a essa questão, a literatura aponta várias situações em que se reconhece a relação assimétrica de poder e posição desfavorável do segmento usuário, com relação à gestão, no compartilhamento de poder de tomada de decisão (JACOBI E BARBI, 2007; TATAGIBA, 2002, KLEIN, 2010; OLIVEIRA E PINHEIRO, 2010).

Outra forma de manifestação de poder identificada pelos entrevistados foi o conhecimento, ou seja, a argumentação apresentada que tinha êxito em aprovação pelo plenário, não pela imposição, mas pelo convencimento em dados. Esta foi a forma mais relatada pelos conselheiros, a defesa de argumentos da gestão, a força do convencimento. Como nos trechos a seguir:

A gestão, historicamente tem um poder maior, não por que ela realmente tenha esse poder, mas..... pelo poder da categoria que ela representa. Mas eu, a gente sabe, que esse poder é para ser nivelado, teoricamente, mas na prática, quando você tem uma fala, uma propriedade naquilo que você fala, você consegue convencer mais pessoas disso e acaba gerando esse poder. E aí no conselho, quem se comporta dessa forma, que tem esse perfil, acaba se destacando mais, no caso, tem mais poder pelo que ele fala e pelo poder de convencimento dele, não digo pela formação ou função. Conselheiro-usuário3.

“É uma arena [...] de poder, de conflito, então alguém vai ter que vencer. Agora, tudo bem, você foi vencido na discussão, se os seus argumentos forem inferiores que do outro lado. A vida, ela é feita de luta, guerra. Nós vivemos de batalha (risos)”.
Conselheiro-usuário8

[...] quem tem informação tem poder, então eu já travei discussões com várias pessoas sobre assuntos que ela não tem total domínio. Como eu tenho total domínio, lamento, vou vencê-la nos argumentos, então, isso é natural. Então, o cabra chega aí na área dele, conhece infinitamente mais do que eu, num debate ele vai ter muita propriedade, poder para se impor. Vai influenciar sim, com certeza, por que ele conhece, por exemplo, eu vou discordar por isso, aí ele

apresenta toda uma argumentação sobre o assunto capaz de me calar. Isso é um processo natural em qualquer temática. Idem

“Eu reconheço que, não só no conselho, mas em tudo na vida, quem está mais embasado, mais embasamento, eu acabo convencendo [...] É, pode de certa forma, o poder do conhecimento por isso acaba influenciando mesmo, a não ser que alguém esteja bem embasado, para dizer: não, eu não concordo por isso, isso, por que eu tenho certeza do que estou falando.” Conselheiro-trabalhador1.

“Mas eu não vejo muito isso não, os projetos vão lá... depende muito da oratória, às vezes o cara tem uma boa oratória, convence, e as pessoas acabam aprovando, só que na base do convencimento, tem que provar que aquilo vai beneficiar a maioria”. Conselheiro-trabalhador4

Conforme exposto nos depoimentos, há um tipo de poder, que inclusive já foi citado, que é o do conhecimento. Apesar de muitos conselheiros não veem como maléfica a sua presença para as deliberações do plenário, faz-se necessária uma reflexão desta influência. Como já defendido, o conhecimento técnico apresentado pela gestão, não deve ser o único fator considerado no processo de tomada de decisão. Em concordância com SILVA E PELICIONI (2013), apesar de ser consenso a essencialidade da participação social no processo de construção das políticas públicas, os autores questionam como garantir que esta participação seja autônoma, consciente e inclusiva? Como torná-la objeto de negociação e de ação conjunta? Para que a população participe são necessários processos educativos, visto que, através destes, serão criadas condições para que os indivíduos reconheçam-se como sujeitos de sua própria educação e história.

NOGUEIRA (2005) também argumenta que todo processo de participação corre o risco de ser instrumentalizado ou manipulado. Assim, “os mais fortes” podem não ser somente os que têm mais recursos financeiros. Podem também ser os que têm maior capacidade comunicativa, melhor organização, maior resistência física, ou até mesmo, maior disposição cívica para participar de conselhos deliberativos, reuniões e assembleias, resistindo suas rotinas e tempos de deliberação. Assim, esses podem ter maior peso nas decisões ou condicioná-las unilateralmente. Desse modo, neste caso, não há nenhuma garantia de que esse processo participativo resultará em decisões efetivamente democráticas.

Cabe, nesta discussão, resgatar alguns dos apontamentos já apresentados de HABERMAS, como defendido, seus pressupostos são os que melhor discutem a problemática apresentada. Conforme o autor, para a idealização de uma pura comunicação, faz-se necessário trazer uma funcionalidade de recursos para comunicação em geral. Isto é devido ao modelo ideal não dar conta dos custos do processo da comunicação e decisão. Não é considerado o limite da capacidade do processamento cognitivo proporcionado por uma simples rede horizontal de comunicação; em particular, isto é abstraído de uma desigual distribuição de atenção, competências, e conhecimento dentro de um público. Também são ignorados atitudes, motivações e propósitos para a orientação de uma compreensão mútua e é ainda cega para o egocentrismo, irracionalidade, e auto-decepção por parte dos participantes.

A comunicação e a tomada de decisão, geralmente, tomam certo espaço e tempo, também consome certa energia, e requer capacidade organizativa. A realização da seleção de tópicos e contribuições, em algumas situações, é feita sob pressão de tempo. Entretanto, ocorre uma inevitável divisão do trabalho na produção e difusão do

conhecimento, que resulta em uma desigual distribuição da informação e expertise. A estrutura da esfera pública reflete inevitavelmente assimetrias na disponibilidade da informação que é de chances desiguais para ter acesso à geração, validação, formação e apresentação de mensagens. Além dessas restrições sistêmicas, há a acidental desigualdade na distribuição de habilidades individuais. Os recursos para participar na comunicação política são no geral estritamente limitados (HABERMAS, 1996).

4.Efetivação das decisões;

Sobre as decisões oriundas do processo deliberativo do plenário do conselho, questionamos aos entrevistados se eles têm conhecimento da concretização/efetivação dos resultados da votação. As respostas foram quase unânimes em afirmar que não tinham conhecimento do que acontecia com os projetos e propostas aprovados naquela instância de negociação. Portanto, eles não tem um acompanhamento na implementação destas propostas. Os motivos apresentados para essa falta de acompanhamento foram diversos, mas o que se tornou relevante foi o fato de não haver uma cobrança ou fiscalização para que se cumpra o que ficou acordado em plenário, como nos relatos a seguir:

“Fica difícil acompanhar porque eu desconheço se existem as comissões temáticas para acompanhamento”. Conselheiro-usuário2

Eu desconheço, pode ser que haja as comissões temáticas, por que o conselho no sentido global não tem como acompanhar projetos e ações. Daí você cria as comissões temáticas, dois, três conselheiros para cada área e acompanha as ações. Eu desconheço, se algum conselheiro até hoje chegasse e prestasse contas de alguma visita de acompanhamento a efetiva ação que tinha sido programada. O que eu vi até hoje foi o gestor chegar e prestar contas. Idem

“É, mas, eu acho que quem decide ali tem que ficar no pé, né. Se não, ficar só pegar o documento e engavetar. Não sei, isso eu não sei te dizer. Ou ele está engavetado lá, ou ele estar em pilhas de processos quando chegar a vez dele, enfim, isso é que é complicado, ninguém sabe [...] não sei, isso eu não sei te dizer”.

Conselheiro-usuário4

“A gente ficar realmente na dúvida, será que ele vai realmente fazer? Lá no conselho a gente faz tudo, sai perfeito, vai para lá, mas quando chega lá se ele vai engavetar ninguém sabe, é complicado”. Idem

“Apesar de que o conselho não tem fiscalizado também, os conselheiros têm falhado um pouco. Mas o pouco que tenho visto, acho que implementam sim”. Conselheiro-trabalhador2

Não, algumas coisas, sabe que nem tudo dá para a gente acompanhar, infelizmente. Mas algumas coisas são realmente executadas, muita coisa mesmo. Por que infelizmente, pois, muitas coisas que a gente ver, pouco tempo e pouco pessoal também, que acaba...(inaudível), mas assim mesmo, as deliberações elas acabam não sendo acompanhadas, né, para ver se realmente estão sendo executadas. Mas pelo que sei, algumas coisas eles cumprem, mas é por que assim, para você ser assíduo nesta questão, acompanhar as deliberações, precisa realmente mais esforço pessoal, mais a pessoa dar importância, mais incentivo, né. É, um pouco mais de força de vontade, por que às vezes as pessoas não tem. Conselheiro-usuário5

Pode haver mais atividades com os outros conselheiros, a presidente, para acompanhar realmente o que está acontecendo, no meu caso, não faço esse acompanhamento, a gente vai mais é para as reuniões. Eu posso até... se for acompanhar, pode até esta vendo mais falha, mais aí, eu não posso me ausentar do [sindicato]. Realmente falta mais acompanhamento, esse envolvimento extra-reunião. Eu sei o que é colocado na mesa, a gente vê, analisa o que está na pauta, então o resto... Conselheiro-trabalhador3

“Tipo assim, se tem uma fiscalização, né? Ai, eu não sei te dizer. Mas é interessante, vou procurar saber. Às vezes você só delibera, só define os projetos e pode ser

engavetado e não sair dali, eu ainda não vi se falando: ‘vamos lá ver se estar saindo’, né? Agora você levantou um assunto bem interessante, eu ainda não tinha pensado”.

Conselheiro-prestador1

Não tenho conhecimento, não tenho mesmo, a não ser assim, como acontece com aqueles projetos ali que você vai aprovar, projetos da secretaria municipal, alguns, eu sei que relacionados mais a minha área que eu tô mais ali presente, alguns você percebe que sim, são colocados em prática, mas de outros, a maioria não. Eu não tenho conhecimento, se são colocados em prática, da forma como eles levam ali para a gente, inclusive a prestação de contas, eu acredito que deva ser, se estar no papel, é para ser, mas eu não tenho conhecimento se realmente são feitos. Conselheiro-trabalhador1.

Observamos nestes trechos das entrevistas, que os conselheiros, apesar de fazerem *mea culpa*, ou seja, reconhecerem que seria importante mais envolvimento, buscar fiscalizar e acompanhar a efetivação das deliberações, muitos consideram que como às deliberações são publicadas na forma de resoluções, em diário oficial do estado, isso por si só obriga a gestão a cumprir com o que foi acordado, e da maneira como foi deliberado. Alguns até chegaram a afirmar que devido a sua área de atuação profissional, de alguma forma interseccionada com algumas decisões tomadas no plenário, eles conseguem vislumbrar a implementação da ação, mas, se não for o caso, não têm como ficar sabendo. Durante o período de acompanhamento das ações do conselho, realmente não visualizamos nenhuma previsão de atividades como estas. Embora fosse justificado pela própria presidente do conselho em entrevista, de que não tem estrutura disponível para tal atividade. Realmente o que foi observado foi a secretaria prestar contas através de relatórios. Por isso, a defesa de alguns entrevistados em afirmar que acreditam que sejam cumpridas sim, as deliberações, mesmo que não tenham como comprovar com ações de fiscalização.

Este episódio merece uma reflexão. Não se podem desconsiderar as dificuldades apontadas pelos entrevistados. Independentemente, há a necessidade de uma atuação mais efetiva dos conselheiros enquanto agentes representantes da sociedade no papel de fiscalizador de política pública, no caso, a saúde. Essa atividade ultrapassa o papel do conselheiro, para se manifestar como ação de cidadania. Deve haver, também, cobrança de atos do poder público que efetivem as decisões que são legitimadas por um fórum colegiado. Sem essas ações a credibilidade deste fórum pode ser comprometida. Apesar de, como já foi discutido, existirem custos para atividades como estas, e que nem todos os conselheiros dispõem de condições adequadas para o pleno exercício de sua função. Esta problemática deve ser refletida, inclusive no plenário do conselho, dada a sua grande relevância para o funcionamento do mesmo. Este achado também foi evidenciado no estudo de OLIVEIRA E PINHEIRO (2010), no qual relatam que, em muitas situações, as críticas, sugestões ou reivindicações, podem ou não influenciar nas decisões do gestor, que é a quem cabe implementar ou não as decisões tomadas. E, no caso deste estudo, não havia nenhum dispositivo legal que obrigasse o gestor a cumprir as deliberações do conselho.

Outro aspecto importante ainda, sobre essa temática, diz respeito ao crédito ou consequentemente descrédito da participação. Pois, se os partícipes não podem ver os resultados de suas deliberações, podem facilmente se desmotivarem e se desestimularem a se envolver em fóruns como estes, como no caso relatado por SILVA E PELICIONI (2013). JACOBI (2002) também argumenta que o desestímulo da população usuária ocorre em função dos poucos resultados positivos e à lentidão na resposta da administração frente às demandas dos setores mais carentes, refletindo-se, assim, numa dificuldade na hierarquização dos problemas da população.

5. Promoção da Saúde

Outro questionamento levantado na pesquisa foi sobre ações de promoção da saúde discutidas no âmbito do conselho. Com relação a este aspecto, as respostas foram bem positivas, a maioria relatou que observam, sim, que no plenário são levantadas, discutidas ações que visem a promoção da saúde. Vale ressaltar, que como já exposto em outras seções deste trabalho, essas propostas eram sempre provenientes de projetos da Secretaria Municipal de Saúde, em nenhum momento, durante a fase de coleta de dados da pesquisa, houve propostas que fossem oriundas dos conselheiros ou de outros representantes da sociedade. Apesar disto, projetos destas ações eram sempre discutidos, e essa problemática estava presente com relativa frequência na pauta de reuniões.

Durante as entrevistas, alguns conselheiros apresentaram algumas dificuldades para identificar ações de promoção da saúde, por vezes confundiam com ações assistencialistas ou mesmo de prevenção. Somente após alguns esclarecimentos e exemplos, alguns conseguiram responder satisfatoriamente. Notamos nesta situação que há a necessidade de esclarecimentos e capacitações para o pleno exercício do mandato de conselheiro, sendo que, como irão discutir as políticas de promoção da saúde sem ao menos conseguir identificá-las? Vale também um questionamento: se os próprios conselheiros têm dificuldade em identificar tais ações, em diferenciá-las de outras também de saúde, há que se pensar a situação da sociedade em geral, em razão de, para que a própria sociedade solicite, reivindique tais políticas se faz necessário conhecê-las.

Vejamos a seguir algumas respostas dos entrevistados a essa questão:

Sim, tem. Por exemplo, a questão dos centros de saúde sobre palestras, teatros, acho que eles estão trabalhando legal com a comunidade. A saúde em movimento que tem feito um trabalho legal com os idosos, e trabalha essa questão da qualidade de vida também. Foi outra ideia interessante, que eles não participam só daquilo, o grupo de idosos, eles, por exemplo, minha mãe ficava em casa, e não participava de nada, agora quando eu vejo: ‘mãe a senhora está indo para onde? Ah minha filha, me levaram lá para o palácio Rio Branco’. Ela participa do grupo de idosos do módulo lá do quinze (bairro periférico). Ai eles vão lá medir a pressão, ela vai ao módulo pegar o remédio. Eles têm muito essa interação com os usuários, eles se envolvem, chamam para passeios. Eu acho que está tendo um trabalho de prevenção bem legal. Conselheiro-usuário1

[...] são mais questões de promoção da saúde, e até na época que eu vim para o conselho eu disse vou levantar mais a bandeira da promoção da saúde, por que eu sou uma adepta, defensora da promoção da saúde, prevenção e promoção. E assim, por incrível que pareça, está vindo mais portarias, eu acho que já veio duas portarias da atenção básica, se eu não me engano, acho que foi na última reunião, que o secretario estava junto para aprovar, né. É que a atenção básica é envolvida na promoção da saúde e os projetos também, o projeto cegonha, vem como promoção da saúde também, tudo que está vindo para gente tem a promoção da saúde em primeiro lugar. Conselheiro-usuário5

Tem muitas coisas que são boas, inclusive agora, ultimamente, eu fiquei até alegre, [...] mas, uma parte muito positiva é justamente a integração da educação com a saúde, por que antes você via que era totalmente separado. Saúde era saúde e educação era educação, existia uma independência de cada entidade, então a gente ver que estar existindo uma consorciação entre a saúde e a educação que essa otimização era muito necessária, ela vem muito a contribuir. Conselheiro-trabalhador 3.

“Agora mesmo, na discussão sobre um projeto do crack, drogas, bem...Ai com as entidades que trabalham, bem interessante, a gente debateu lá. O Projeto, por que é uma coisa que estar entrando com toda a força, eu achei interessante, foi uma reunião extraordinária, que a gente debateu o projeto para acolher as pessoas usuárias do crack...” Conselheiro-trabalhador4.

Observamos, nas falas dos entrevistados, que, além de eles terem uma percepção positiva sobre o tema no âmbito do conselho, os mesmos conseguem exemplificar com

alguns projetos que têm a finalidade de promover a saúde, como citado, o programa saúde em movimento, entre outros. Essa ação também tem sido realizada em várias cidades, como no exemplo do estudo de COSTA ET AL. (2013), no qual os autores relataram a academia da cidade como um serviço de promoção da saúde que integra a rede assistencial do SUS.

Algo que foi enfatizado como ações de prevenção da saúde e bem avaliado pelos conselheiros foi as sete pré-conferências realizadas em parceria entre o CMS e a Secretaria Municipal de Saúde. Observamos que a maioria teceu elogios a essa ação, eles a relataram como uma ação bem sucedida de escuta qualificada ao usuário. Foi possível observar também que o êxito dessas pré-conferências aumentou a auto-estima dos conselheiros, eles puderam vislumbrar essa atividade como fruto da sua representação. Como exposto nas falas:

A gente teve também, desde antes, a questão da conferência, a última conferência, foi a conferência que mais teve investimentos, a conferência municipal de saúde conseguiu fazer uma grande mobilização, teve as pré-conferências nas regionais. Então assim, a secretaria e o conselho, a gestão do conselho tem trabalhado muito junto. [...] É, a gente debateu, tivemos uma oportunidade assim, única. A gente já tinha na conferência anterior, a gente tinha conseguido iniciar esse trabalho, timidamente, a gente tinha conseguido fazer quatro pré-conferências, e nessa a gente ampliou o debate, e quando você debate, você discute, você ouve a população, por que às vezes a gente acha que está fazendo promoção da saúde do nosso jeito, dentro das salas dos coordenadores, das áreas técnicas, do gerente, e não é, você consegue trabalhar essa questão da promoção da saúde quando você começa a ouvir população, ouvir o usuário, por que a partir daí você vai fazer o planejamento do que é necessário, então isso é fundamental, essa integração que a gente tem que, tem problemas, tem sim, mas essa parte a gestão e o controle conseguiram dar um passo bem importante. Hoje a gente tem isso como positivo. Conselheiro-usuário⁶

[...] e o conselho teve uma ação muito importante na conferência municipal de saúde. Então aquela conferência é o que deu início a política pública municipal. Então aquilo foi uma ação forte do

conselho. Aquilo ali tudo, é o que a sociedade em uma atuação mais ampla do conselho, que é uma conferência com legitimidade fantástica, praticamente toda a sociedade participando disso, aquilo foi um produto do conselho. Conselheiro-gestor².

“É [...] então se você ver, tiveram ações, as duas que eu posso dizer que é de promoção mesmo, é a desses comitês e os conselhos locais”. Conselheiro-usuário⁷.

Nesta última fala, foi enfatizada a criação do Comitê de Saúde da População Negra e a criação dos Conselhos Locais de Saúde, que funcionam nas unidades de saúde. Este último como uma forma de envolver o usuário nas questões de gerenciamento do serviço. Notamos que essas iniciativas de realizar as pré-conferências em locais estratégicos da cidade, bem como a criação dos COPS (Conselhos Populares de Saúde) ou conselhos locais, é uma tentativa de aproximar grupos mais vulneráveis, excluídos, que normalmente não estão inseridos em mecanismos formais de participação. SERAPIONI (2013) em seu artigo que trata da participação social e suas consequências na promoção da saúde, também identificou estas ações, visto que ele defende que há tentativas dos sistemas de saúde em aproximar-se do ambiente social. Ele ainda identifica, como o maior problema evidenciado, que as instâncias de participação em saúde são ainda pouco utilizadas pelos grupos sociais que têm menos acesso aos serviços de saúde. Assim, a ausência de mecanismos capazes de estreitar essa relação tem sido um obstáculo para uma saúde mais democrática e participativa.

6. Visão do conselheiro sobre seu papel e do conselho

Questionamos aos entrevistados sobre como eles percebiam, como viam o seu papel enquanto representantes da sua entidade/segmento e do conselho ao qual ele está inserido. Constatamos que, de uma forma unânime, viam como positivo o seu papel,

importante para a sociedade, como parte de uma política, e que o conselho, apesar de apresentar dificuldades, também era fundamental para a construção de uma política pública tão essencial como a saúde de forma democrática. Podemos observar que eles não mascaravam os problemas que enfrentavam para uma atuação mais eficaz, ao contrário, muitos deles até apontavam algumas falhas, ou de si mesmos, ou de outros conselheiros, ou do conselho como uma forma geral. Mas, apesar de demonstrarem consciência das dificuldades que devem ser superadas, tinham como fator positivo a existência deste fórum e mais, a sua participação, tanto individualmente quanto para o seu grupo representado por eles. Como pode ser demonstrado por seus argumentos:

O conselho é um conselho de políticas públicas, e ele tem um papel muito importante, o conselho é um órgão deliberativo, então, o conselho, para o usuário, ele significa muito, para o usuário ele tem uma importância maior, lá ele coloca seus anseios. Ele tem o poder de decidir junto com a gestão [...] apesar de que a gente precisa se apropriar mais, a gente a cada reunião tem que ir aperfeiçoando mais, sendo mais flexível. A gente precisa conhecer mais da história da saúde, fazendo isso, eu acho que a gente vai se apropriar mais desse poder. Conselheiro-usuário³

Eu vejo realmente como de grande importância... Eu realmente vejo como um papel romântico, vamos dizer assim; mas de extrema importância, ter a representação de diferentes segmentos, e que realmente tenha a democracia, a voz, tanto da sociedade civil, quanto dos governantes, gestores, de instituições que tem que prezar pelos interesses públicos. Então, eu acho que o papel do conselho, ainda tenho muitas esperanças, eu tenho, outros colegas que desacreditam, em decorrências justamente dessas dificuldades e outros aspectos que acontecem em outros conselhos. Mas, eu acredito que é uma forma eficaz, mas que ainda está em construção, da gente garantir a democracia, não só a democracia, mas garantir realmente a participação, por que a fiscalização compõe na esfera pública da saúde. Então, eu acho que é uma construção coletiva importante. Que representa realmente a construção coletiva na saúde. Eu acredito nesse sistema. Precisa melhorar realmente, mas eu vejo como algo eficaz. Conselheiro-gestor¹

Eu vejo o conselho, além de ser mais democrático, é fundamental, para o funcionamento, para as discussões, e aí justamente como eu acabei de falar agora, você ver aonde é que está faltando, falhando, o que faltou, precisa ser implementado, então esse órgão é de suma importância para ver dentro dos recursos da instituição, das finanças, da aplicabilidade, também junto ao gestor, tanto levar propostas, como analisar e observar também tudo que é realizado, o que é o correto, o que é o melhor. O que deve fazer, a participação de todos, das entidades, da comunidade, então eu acho que para o sistema democrático o conselho é uma necessidade.

Conselheiro-trabalhador 3

Como exposto, não se pode negar, de maneira alguma, o fator positivo da existência destas instâncias de negociações, como identificados pelos próprios atores envolvidos nesta pesquisa. Embora, como também foi enfatizado, há inúmeras limitações ao seu funcionamento de forma plena e eficaz. Este achado também foi evidenciado em outras pesquisas, como no estudo de AVRITZER (2010), que pesquisou conselhos de políticas públicas em várias cidades e constatou que há uma forte correlação entre o sucesso das políticas participativas, e a presença de um maior número de funcionários nas atividades-fins de políticas sociais. O autor afirma ainda: “[...] a implementação de políticas participativas de alta densidade, expressa na diversidade e na capacidade deliberativa, em capitais e cidades de porte médio, gera diferenças no acesso a bens públicos” (pg.42).

Assim, reiteramos a inegável contribuição social de instâncias como estas, principalmente quando envolve políticas públicas essenciais como a saúde. Mas, sem questionar a sua essencialidade ao funcionamento dos serviços, ao que parece, esta questão foi esgotada, pela unanimidade das respostas afirmativas de sua importância, porém, foram apontadas, pelos próprios entrevistados, algumas dificuldades ao pleno exercício da sua função. Estas eram tanto dos conselheiros, individualmente, como do conselho como um todo, no contexto ao qual está inserido o CMS de Rio Branco. Um dos principais entraves identificados foi a forma como os projetos e propostas oriundos

da secretaria eram apresentados ao plenário. Como já mencionado, em seção anterior, a grande maioria da pauta era composta de questões vindas da secretaria de saúde, e a forma como era apresentada foi relatada pelos participantes. Muitas vezes, não se tinha tempo suficiente para uma análise mais minuciosa dos projetos, devido a que alguns eram apresentados com o prazo bem curto para serem implementados, prejudicando assim sua análise e reformulação, caso fosse solicitado.

Outro aspecto do qual os conselheiros se queixaram foi com relação ao estado avançado das propostas. A maioria era apresentada, ao plenário, bem fechada, com tudo, ou quase tudo, bem definido, sempre apresentavam o argumento de que tinham sido elaboradas por uma equipe de técnicos. Tendo, desse modo, pouca abertura para a contribuição dos conselheiros, como foi o caso da construção das UBS, como já citado. Alguns chegaram a afirmar que os conselheiros só tinham a possibilidade de dizer “sim ou não”. Como demonstrado a seguir:

...decididamente, eu diria que é muito pouco. Tem a participação nas reuniões, agora aquilo que eu falei, a participação efetiva na elaboração do plano de ação, para você poder ter o acompanhamento, isso através das comissões, o conselho tem comissões temáticas, aqui tem, mais efetivamente eu não vejo ainda a participação do conselho na gestão, apesar do secretário está sempre aqui, quando ele não vem, vem outras pessoas da secretaria prestando conta, tem a equipe técnica do gestor. Mas a participação do conselho em ir lá para acompanhar, nós recebemos só o que vem já pronto. Faz a projeção, explica, e se vota, não tem tempo de, tipo, o correto seria a: comissão temática receber o material do gestor, fazer a avaliação, fazer um relatório e trazer para a reunião da plenária do conselho, e aí, a comissão temática faria a exposição percebida do que é aquilo, para ser votado, e isso embasaria a votação da plenária do conselho. E aí não teria nenhuma dúvida. Conselheiro-usuário 2.

...então, muitas vezes eletodaa desde o projeto era para ter sido apresentado antes aqui, claro que como o conselho, eu faço um comparativo com outros conselhos, quando dependia de um parecer técnico, o que que eu fazia, no conselho de [...], a secretaria disponibilizava uma assistência técnica para gente, aí no caso que

dependeria de um parecer de engenharia ,você teria que solicitar um parecer, o gestor pagaria, um parecer independente, que não fosse funcionário nem do estado, nem do município. Mas não foi feito, aquele já estava em andamento. Fica difícil, se discutiu a acessibilidade, um ou outro detalhe muito pequeno, mas a questão do local, teve alguma restrição do local o acesso, mas o conselho não acompanha nada disso. O conselho acompanha, inclusive, é para acompanhar a execução físico e financeira, não só a financeira que chega aqui no final do ano para aprovar, tem que acompanhar a parte física também, não tem corpo técnico, mas ele tem o direito de reivindicar alguém que preste esse serviço, na realidade foi apresentado já o bonde andando. Idem

Na verdade a gente (inaudível) muita coisa ali, vem as...a gente tem que fazer avaliações dos projetos, das contas, a gente sabe que não aceitam, a gente tem que olhar e dizer que ... Mas acaba que a gente não tem muita autonomia de dizer que não aceitam que esse dinheiro seja usado ali, então nesse sentido o projeto é da Semsu, o dinheiro veio para isso, enfim. Não aceitam que antes de fazer o projeto, perguntar o conselho para ver o que seria mais urgente, de repente mais viável e melhor, é feito tudo lá, só trazem para a gente aprovar, e a gente tem pouco tempo para ler e reler com calma, mandam muito em cima da hora, na verdade, acaba sendo aprovado de uma forma que não teve como avaliar. Conselheiro-trabalhador1.

“[...] isso eu percebi várias vezes, a gente tá lá só para levantar o dedinho e tá bom. Amém!” Idem

“E essa relação deve ser em todos os sentidos, como no conselho, ‘o que vocês acham, é melhor?’ Eu acho que a secretaria devia chegar assim: ‘vamos elaborar um projeto juntos’; antes de chegar aqui, com tudo pronto, só para ter que dizer sim ou não. Vamos ouvir a realidade dos usuários, ver o que eles precisam realmente, o que ele quer, antes de fazer o projeto”. Ibidem

Idealmente os mecanismos de participação e deliberação vêm se desenvolvendo, mas, sabe-se que essa partilha de poder, de responsabilização na tomada de decisões, ainda é um processo em construção, envolve desde a abdicação do poder pela gestão ao empoderamento da sociedade, para realmente ter suas necessidades impressas na formulação de políticas públicas. JACOBI (2007), em concordância,

defende que os diferentes tipos de conselhos gestores, de políticas públicas, configuram espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil de natureza deliberativa. Apesar de serem arranjos institucionais inovadores, ainda persistem dúvidas quanto à sua capacidade de garantir a efetiva democratização nos procedimentos de gestão.

Houve, também, os conselheiros que identificavam como limitação para a efetiva participação a própria postura ou o comportamento de alguns colegas:

Esse é um problema das pessoas, reclamam de mais e na hora de atuar, não querem, reclamam de tudo, reclamam da saúde, mas na hora de você vim aqui expor e até dar a sua opinião não quer, ninguém quer, né. Então, é muito como a conferência, né, você vê muitas pessoas lá na conferência brilhando, mas na hora que é para estar brilhando aqui não vem, né, faltam, não vem nas reuniões. Conselheiro-usuário5

Eu considero que o conselho, apesar de todos os avanços, ainda precisa se empoderar ainda mais, né? [...] já é uma influencia, mas ele precisa se empoderar ainda mais. Dando assim, mais qualificação para os conselheiros, para que eles possam estar mais conscientes de suas atribuições. É aquela história quem tem informação, tem o poder, não é verdade? Então, o conselho hoje já avançou bastante, mas eu acredito que como nós estamos numa construção, tudo no Brasil é uma construção, apartir de 88 da constituição, então o conselho tem que se empoderar ainda mais. Por isso que nós pensamos num conselho cada vez mais forte, cada vez mais atuante, cada vez mais representativo. Conselheiro-usuário8.

Infelizmente assim, a gente não consegue ter a dimensão da importância desse papel da gente, a partir do momento que a gente não consegue sair da reunião e falar para comunidade, debater aquilo que a gente aprovou, discutiu. O papel é importante, mas a nossa ação, ela ainda é muito limitada, muito tímida, a gente ainda não conseguiu, dar um formato, junto a minha comunidade, junto às pessoas que eu represento, da importância desse papel. Conselheiro-usuário6

As demandas podem até existir, mas é uma demanda restrita aos interesses das instituições. Eu sinto falta sim, da demanda que diz respeito ao papel do conselheiro como conselheiro de saúde, como alguém que escuta, como alguém que estar ativamente envolvido na ação pública, que vai aos centros de saúde, que utiliza os serviços e ouve as pessoas, identifica falhas, identifica as questões, aí eu acho

que sim, a gente tem um conselho que talvez precise estar mais presente na vida da comunidade nos aspectos da saúde. Conselheiro-gestor²

Vimos que, novamente, os conselheiros estão reconhecendo que não exercem o seu papel como eles acham que deveriam ou como gostariam. Em suas falas identificaram vários fatores que dificultam a sua atuação, os principais apontados foram: falta de tempo, falta de interação com a comunidade ou até mesmo com sua entidade. Há que se valorizar essa identificação, pois, demonstra que os conselheiros têm consciência que devem ou podem exercer melhor o seu papel enquanto representante da sociedade, já que valorizou em suas falas, o espaço do conselho e reconhecem a importância de fóruns como estes para o exercício da cidadania. Desse modo, se faz necessário o enfrentamento desses obstáculos para que estes espaços possam se traduzir em ações efetivas de uma população organizada e informada para, na qualidade de interlocutora, realmente conhecer, entender e reclamar seus direitos, e também exercer sua responsabilidade (JACOBI, 2007).

7. Percepção de melhorias

Emergiram, entre as falas dos entrevistados, algumas percepções de melhorias na participação em fóruns colegiados. Muitos dos conselheiros já participaram ou participam de outros conselhos, como já citado. Portanto, eles têm experiências de outras gestões. Alguns chegaram a relatar o quanto, para eles, os espaços se democratizaram:

“É como eu lhe falei, hoje, o conselho está de parabéns; na democracia, abertura do entendimento. Por que antigamente, sempre existia, era claro e evidente a tendência às pessoas quererem embutir as coisas, às vezes no estado mesmo, na saúde, o gestor ia

ao conselho para querer aprovar aquilo na marra. Querer na força implantar projetos por que tinha visão de recursos”. Conselheiro-trabalhador³

[...] Nos últimos quatro anos, cinco anos, houve uma mudança significativa com relação ao CMS, por que a gente tinha um conselho...Primeiro, a gente tinha um conselho que funcionava dentro da secretaria municipal de saúde, numa sala ali anexo, onde não tinha uma certa autonomia para debater as questões, para cobrar. Por que estava ali funcionando praticamente dentro da sala do secretário. O presidente era o gestor, nato. Então, essa modificação, no decorrer desses quatro anos, para gente foi uma das mudanças mais significativas, foi a gente ter uma oportunidade de escolher nosso presidente do conselho através de processo eletivo, e aí vai tendo uma rotatividade, já é o usuário, daqui a pouco é o trabalhador, e isso de certa forma ajuda. E a secretaria, ela tem visão diferente que tinha sobre o papel do conselho de quatro anos atrás, hoje a gente consegue colocar em uma reunião do CMS todos os diretores da secretaria municipal de saúde, as coordenações das áreas técnicas. Conselheiro-usuário⁶

Nós tivemos a informação de que antes, as pessoas que iam, às vezes, elas votavam e não sabiam no que votavam, não tinham o esclarecimento. Eu fui numa reunião, que a [...] parabenizou a gente, por que nós... é ela estava sentindo que, mais responsabilidade dos gestores em mandar pessoas mais comprometidas para participar e ter direito a voto, não só para votar entendeu? Conselheiro-prestador¹

[...] E o conselho Municipal de Saúde, está muito evoluído, os projetos vão lá, as pessoas debatem, aperfeiçoam né? E isso está ajudando o momento de saúde da prefeitura, que apesar de poucos recursos, né? tem ainda a voz do secretário, a voz dos conselheiros, que faz... Hoje, a coisa está bem evoluída, por que as resoluções são publicadas em diário oficial, então é uma bem séria mesmo. Conselheiro-trabalhador⁴

Eu acho que de uma forma geral, a gente tem conseguido avançar nessa perspectiva. Acho que a gente está saindo da individualidade da representação do espaço político, da defesa de interesses, acho que a gente está conseguindo discutir temas de interesses coletivos, travar debates interessantes, buscar a execução de políticas de saúde de interesses da sociedade. É claro que a gente precisa avançar muito mais [...] Conselheiro-gestor²

Observamos que, nos depoimentos, cada conselheiro notou a transformação por um aspecto diferente, são várias as características apontadas que foram alvos de mudanças. No decorrer de quatro a cinco anos, a dinâmica do conselho como um todo evoluiu consideravelmente, sob a perspectiva dos entrevistados. Relataram que as

assimetrias de poder no interior dos conselhos eram mais acentuadas, como na primeira fala. A gestão não identificava o órgão como deliberativo, exercendo a coerção para a aprovação de projetos de seus interesses, que não compartilhava a aprovação de todos, principalmente dos representantes dos trabalhadores.

Outra mudança identificada e avaliada como uma melhoria foi a localização do espaço físico do conselho, que antes era nas dependências da secretaria, comprometendo assim a sua autonomia e independência. Sob o aspecto regimental, também houve melhora, considerando que o presidente deixou de ser o secretário nato, e passou a ser escolhido democraticamente em plenário, mediante votação entre os conselheiros, concedendo dessa forma, maior legitimidade ao órgão, e proporcionando uma benéfica rotatividade na presidência entre os representantes dos segmentos. O próprio posicionamento da secretaria também mudou, segundo os entrevistados, dando mais escuta e a importância devida a um fórum deliberativo. Outra demonstração de transformação é a própria postura dos conselheiros, que segundo eles, tempos atrás, não tinham muito envolvimento com as causas coletivas. Alguns eram apenas indicados para representar determinado órgão ou entidade e sequer sabiam do que se tratava, como exposto nas falas, que não sabiam em que estavam votando, facilitando assim, práticas clientelísticas e de cooptação.

Assim, apesar destas mudanças, e do reconhecimento de que a gestão participativa está sendo institucionalizada, como um meio de incorporar diretamente os cidadãos e as lideranças na formulação de políticas públicas, ainda existe uma considerável incerteza sobre como esses processos têm transformado o governo local e a sociedade civil. A gestão participativa pode ser definida como a devolução aos cidadãos do poder de decisão na formulação de políticas locais, através de espaços que conduzem

a participação tanto do Estado, quanto da sociedade civil, produzindo novas formas de engajamento entre estes atores. Instituições de gestão participativa estão, agora, produzindo novas redes, novos mecanismos de comprometimento sobre acordos firmados e novos tipos de conexão entre ativistas de movimentos sociais, líderes comunitários, especialistas em políticas públicas, burocratas e as prefeituras (WAMPLER, 2010).

Cabe aqui uma pequena reflexão, pelo menos no que diz respeito ao caso em questão: Até que ponto estes canais, ou esforços no envolvimento da sociedade no processo de tomada de decisão tem tido resultados satisfatórios? A sociedade tem tido realmente oportunidade de se fazer presente e mais ainda ter suas reivindicações, solicitações atendidas ou ao menos ouvidas? Seus representantes de fato a representa? São questões que devam ser consideradas quando analisamos a participação social no contexto brasileiro, apesar das dificuldades apontadas neste estudo se assemelharem às apresentadas em fóruns participativos de outros países.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a democracia tem sido estimulada e almejada, desde o início do século, em vários países ao redor do mundo. Ela também tem sido alvo de frequentes estudos, discussões e mudanças. Há um sem número de autores que discutem a democracia nas sociedades modernas. No Brasil, temos intercalados períodos de democracia com períodos absolutistas, como no caso da ditadura militar. Apesar de, no nosso país, este ser o regime oficial, ainda há muito no que transformar para tornar os processos de tomada de decisão governamentais de fato democráticos. Uma constatação são os vários manifestos ocorridos em muitas capitais brasileiras desde meados de 2013¹⁴. Entre as demais reivindicações dos manifestantes, estão: solicitação de melhores serviços, gestões mais democráticas, ou seja, acessível ao cidadão, para que o mesmo participe do processo que dá as diretrizes para a vida na sociedade.

Em relação ao objeto de estudo deste trabalho, que trata da participação nos serviços públicos, mais especificamente, neste caso, a saúde, tem-se garantido constitucionalmente o direito dos cidadãos em participar diretamente do processo de tomada de decisão nas políticas públicas da saúde. Entretanto, este, isoladamente, como exposto nesta pesquisa, não garante de fato o envolvimento das comunidades, cidadãos e mais ainda as camadas mais vulneráveis e excluídas da sociedade, que participem ativamente deste processo. A nossa constituição, que foi promulgada há mais de 25 anos, prevê, em vários capítulos, a participação da sociedade na esfera pública. No caso específico da saúde, temos o capítulo 196, que já foi discutido no decorrer deste trabalho, o mesmo assegura este direito à sociedade civil, através de conselhos gestores

¹⁴ Movimentos de manifestantes nas ruas das principais capitais brasileiras reivindicando inicialmente a gratuidade nos transportes públicos para estudantes. Foi temporariamente identificado como Movimento Passe Livre, depois foi se intensificando em prol de melhorias nos serviços públicos.

e conferências de saúde. Estas instâncias só foram de fato normatizadas com as NOBs, na década de 90. Desde então, tem-se tentado implantar estes fóruns, no formato ao qual está previsto constitucionalmente. A sociedade tem enfrentado uma série de obstáculos à efetivação destes. Vários estudiosos têm apontado os entraves ao alcance de uma gestão de serviços públicos, de fato participativa, transparente e acessível à opinião e intervenção da sociedade. Tem-se como principal obstáculo, que também foi evidenciado neste trabalho, a baixa cultura associativa, reivindicativa. Este tem sido apontado como um dos mais importantes obstáculos de acesso ao processo de tomada de decisão à sociedade. Uma vez que a sociedade tem dificuldade em se organizar, para poder ser empoderada e reivindicar a efetivação de direitos assegurados constitucionalmente, esta se torna vulnerável e sujeita a uma gestão não permeável em dar atenção às necessidades da população.

Outra dificuldade sentida, no decorrer desta pesquisa, que pode se tornar impeditivo de uma participação eficaz da sociedade civil, é a posição dos governos, dos gestores responsáveis pela prestação dos serviços. Se estes se portarem de forma desfavorável à participação, podem emperrar todo o processo, desde o esvaziamento de poder dos conselhos, às práticas de cooptação e clientelismos, fazendo com que o órgão apenas homologue decisões tomadas em outras instâncias.

Há que se reconhecer que têm sido realizados esforços no sentido de tornar a participação, pelo menos a que se refere à participação institucional, efetiva, e que se traduza em atenção às necessidades sentidas pela sociedade. Podem se citados, como exemplo, as capacitações para conselheiros, no sentido de torná-los mais conscientes de seu papel e importância do órgão deliberador ao qual estão inseridos. Vale ressaltar, também, como um aspecto positivo, as mudanças que houve no decorrer dessas duas

décadas de existência destes fóruns. Existe um aprendizado, e a sociedade vai se transformando com todo esse processo.

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, objeto deste estudo, não se encontra em estágio diferente dos outros conselhos estudados em outras capitais. Apresenta cenário semelhante no que concerne aos entraves a uma efetiva deliberação conjunta, como tentativas de exclusão, pelo poder público, do processo de tomada de decisões, levando ao fórum projetos e propostas em estado bem definido, ou com prazos apertados, para que sejam somente homologados pelo órgão. Ou a dificuldade apontada pelos seus conselheiros em se manifestar e ter uma postura realmente autônoma e pró-ativa, no sentido de se posicionar de acordo com suas convicções. Apesar de, se saber que este é um processo que está em construção, tanto a gestão está tendo que aprender a lidar com a existência deste órgão e que seu o poder de deliberação deve ser compartilhado, quanto os conselheiros estão se conscientizando da importância de seu papel e seu dever de intervir. Isto ficou evidente nas declarações dadas em entrevistas. Dessa forma, não se pode negar o aspecto positivo da existência desses canais institucionais de participação. Embora o exercício do conselho tenha sido realizado sem o seu máximo potencial de construção conjunta de uma política pública.

Em relação às ações de promoção da saúde, foi observado que os próprios conselheiros tem dificuldade em identificar tais ações, diferenciá-las de ações de prevenção ou mesmo assistencialistas. É de se esperar que eles realmente não identifiquem, pois a promoção da saúde no município é muito incipiente e tímida, se restringindo a poucas ações pontuais, e com pouca visibilidade. Isto se deve a não priorização da promoção, aliada a uma cultura ainda assistencialista, resumindo campo da saúde ao campo curativista e medicamentoso. Assim, a própria sociedade tem

difficuldade em reivindicar aquilo que não conhecem, as atividades da saúde que são prioritárias são essencialmente imediatistas, muitas vezes objetivando o “combate” a uma patologia específica, como exemplo, ações de combate à dengue, dia do diabetes, etc. Há, neste campo, muito que se construir, tanto em termos de conhecimento como prática, e essa construção só pode ser realizada se for acompanhada de um processo de empoderamento e uma participação efetiva da sociedade, como defendido, um dos campos de ação da promoção da saúde é o fortalecimento do envolvimento comunitário.

Nos achados desta pesquisa, tanto documentais, quanto observacionais, como nos relatos orais de entrevistas, foi evidenciado que a participação institucional no município de Rio Branco tem apresentado melhoras, a passos estreitos, é verdade, mas houve uma melhoria. Esta foi relatada, pelos conselheiros, que atuam neste e em outros conselhos há muitos mandatos. Há, desde o reconhecimento de que existiam “aberrações”, como coerção para aprovar propostas e a realização de conferências apenas para cumprir uma exigência legal, quanto a um movimento em busca de ouvir os usuários, como na realização das pré-conferências registradas, nos documentos de 2011. É uma mudança de postura, observou-se além de uma maior valorização da própria presença da sociedade nestes espaços de negociação, um estímulo à mesma.

Apesar de que, como exposto, no decorrer deste trabalho, ainda há muito que melhorar. Vários entraves devem ser identificados pelo plenário e postos em discussão, na tentativa de serem suplantados. Há que se desenvolver em várias direções, desde a gestão, que deve se habituar à presença de um órgão que é deliberativo e que deve ter sua função respeitada, quanto ao que diz respeito ao compartilhamento de poder de decisão e responsabilidades, bem como a sociedade civil deve se preparar para se organizar para melhor representar o segmento dos usuários, em todos os seus aspectos, e

estar consciente de sua responsabilidade e papel, no sentido de intervir na formulação de políticas públicas que influenciam na vida de todos.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACRE. GOVERNO DO ESTADO. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Sustentável /SEPLANDS. **Acre em números**, 2011.

ALMEIDA, Débora Rezende de. Metamorfose da representação política [...]. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

ALMEIDA, Gerson. A participação social no governo federal. In: SILVA, Eduardo Moreira; CUNHA, Eleonora S. Martins. **Experiências internacionais de participação**. São Paulo: Cortez, 2010.

AVRITZER, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise[...]. In: SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. A dinâmica da participação local no Brasil. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

BATAGELO, Rodrigo; BENEVIDES, Luciana PORTILLO, Jorge Alberto Cordón. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.3, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades.sat/topwindows.htm?/>. Acesso realizado em: 30/05/2011.

BRYANT, Toba et al. Identifying and strengthening the structural roots of urban health in Canadá[...]. **IUHPE-Promotion & Education** v.14, n.1, 2007.

BUSS, Paulo M. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In: CZERESNIA, Dina (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro:ed. Fiocruz, 2003.

_____;CARVALHO Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção de saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**. V.14 n.6, 2009.

CARVALHO, Sérgio Rezende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico social pós-estruturalista **Ciência e Saúde Coletiva**. N.13 v.2, 2008

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART Jean, et al. **A pesquisa qualitativa; enfoques epistemológicos e metodológicos**. Nasser. 2 ed..-Petropolis, RJ: Vozes, 2010.

CICONELLO, A. A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil. In: GREEN, D. **Da pobreza ao poder (...)**. São Paulo: Cortez; Oxford: Orfam Internacional; 2009.

CHAMBERS, Simone. Democratic deliberative theory. **Annu.Rev.Polit.Sci.** n.6, 2003.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7ª Ed. –São Paulo: Cortez, 2005.

COELHO, Vera Schattan P. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas. In: COELHO, Vera Schattan P; NOBRE, Marcos(org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 43, 2004.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Viabilizando a participação em Conselhos de Política Pública (...). In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (orgs). **Políticas Públicas no Brasil**. Rj. Editora Fiocruz, 2007.

COSTA, Bruna Vieira de Lima et al. Academia da cidade: um serviço de promoção da saúde[...]. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 18, n1, 2013.

COTTA, Rosângela M. Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho municipal de saúde: (re) pensando a lacuna [...]. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.15, n.5. 2010.

CUNHA, Eleonora Schettini M; PINHEIRO, Marcia Maria Biondi. Conselhos nacionais: condicionantes e efetividade social. In: AVRITZER, Leonardo. (Org.) **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

DEMARTINI, Zeila de Brito Fabri. Pesquisa histórico-sociológica, imigração e educação: as fontes e sua análise. In: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 7., 2008, Porto. **Actas ...** Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, 2008. p. 01-10.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART Jean, et al. **A pesquisa qualitativa; enfoques epistemológicos e metodológicos**. Nasser. 2 ed..-Petropolis, RJ: Vozes, 2010.

DUBET, Francois. **Sociologie de l'Expérience**. Tradução: Fernando Tomaz. Editions Du Seuil, 1994.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde [...]. In: FLEURY, S; LOBATO, L.V.C. (orgs.) **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FARIA, Cláudia Feres; RIBEIRO, Uriella Coelho. Entre o legal e o real: o que dizem as variáveis institucionais sobre os conselhos municipais de políticas públicas? In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

FERNANDES, Antônio S. Araújo; COELHO, Denílson Bandeira. Conselhos Municipais de Saúde de Porto Alegre e Salvador [...]. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

FONSECA, Cezar Dutra; MONTEIRO, Sérgio Marley Modesto. Credibilidade e populismo no Brasil[...]. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro. V.59, N.2, 2005.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes C. Pavone. Bioética e promoção da saúde. In: LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de saúde, ou, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Unesp, 1991.

GREEN, D. O mundo desigual. In: GREEN, D. **Da pobreza ao poder (...)**. São Paulo: Cortez; Oxford: Orfam Internacional; 2009.

HABERMAS, Jürgen. **Between facts and norms: contributions to a discourse theory of law and democracy**. Translations by Willian Rehg. Massachusetts Institute of Technology, 1996.

_____. **Verdade e justificação: ensaios filosóficos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

HELD, David. **Modelos de Democracia**. Barcelona: Alianza Universidad 1991.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JACOBI, Pedro Roberto. Estado e Educação: o desafio de ampliar a cidadania. **Educar**, Curitiba. N.31, 2008.

_____. Aprendizagem social. **São Paulo em Perspectiva**, v.20, n.2, 2006.

_____. Políticas sociais e os desafios da participação da cidadania. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.7, n.3, 2002.

_____; BARBI, Fabiana. Democracia e participação na gestão dos recursos hídricos. **Katál**. Florianópolis, v.10, n.2, 2007.

LAVALLE, Adrián Gurza; HOUTZAGER, Peter P; ACHARYA, Arnab. Lugares e atores da democracia: arranjos institucionais participativos e sociedade civil em São Paulo. In: COELHO, Vera Schattan P; NOBRE, Marcos(org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 43, 2004.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloísa Monteiro e Francisco Settineri.-Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**. São Paulo.v.18,n.4, 2009.

KLEIN, Daniel da Silva. **A conquista de Rio Branco: movimentos comunitários [...]**. Belém: Paka-Tatu, 2009.

KLEIN, Estanislau Paulo. **As relações intergovernamentais na implantação da política de saúde no estado do Acre de 1990 até 2008**. 2010.243p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MÁIZ, Ramón. Deliberación e inclusion en la democracia republicana. **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**,n.113, 2006.

MORONI, José Antônio. O direito à participação no governo Lula. In: AVRITZER, Leonardo. (Org.) **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

NETO, André de Faria Pereira. A representação dos usuários nos conselhos de saúde[...].**Physis, Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, V.22, N.2, 2010.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos [...]**.2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, Lucia Conde; Pinheiro, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.15, n.5. 2010.

PAOLI, Maria Célia. Empresas e reponsabilidade social: Os enredamentos da cidadania no Brasil. In: In: SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

PATEMAN, Carole. **Participation and democratic theory**. Cambridge: University Press, 1970.

_____. Participatory democracy revisited. **Perspective on Politics**. V.10, n.01, march, 2012.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH. Acesso realizado em: 12/06/2013.

RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz. **Representações sociais de trabalhadores [...]** [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 2009.

SADER, Emir. Para outras democracias. In: SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Boaventura Souza; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: In: SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. Movimentos e aspirações democráticas. In: SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SERAPIONI, Mauro; ROMANÍ, ORIOL. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.22, v.11, Nov, 2006.

_____; MATOS, Ana Raquel. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. V.31, n.1, 2013.

SERAPIONI, Mauro. Salud y participacion: la experiencia de los Comitês Consultivos Mixtos de La región Emilia-Romagna, Italia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n.84, 2010.

_____; SESMA, Dolores. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul [...]. **Sociologia on Line** (Revista da Associação Portuguesa de Sociologia), n.2, 2011.

_____; Duxbury, Nancy. Citizens' participation in the Italian health-care system [...]. **Blackwell Publishing Ltd Health Expectations**, 2012. DOI:10.1111/j.1369-7625.2012.00775.x

SOUZA, Dilmara Veríssimo; ZIONI, Fabiola. Novas perspectivas de análise em investigações (...). **Saúde e Sociedade**. V.12, n.2, jul-dez, 2003.

SILVA, Elaine Cristina da; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Participação social e promoção da saúde [...]. **Ciência e Saúde Coletiva**.v.18, n.2, 2013.

STEWART, John. Democracy and local government. In: HIRST P. and KILNANI S. (eds). **Reinventing democracy**.Oxford: Blackwell Publishers, 1996.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil.In: DAGNINO, E.(org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. Construindo uma nova e particular metodologia qualitativa a partir do casamento de métodos modelares. In: **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa(...)**.3 ed. Petrópolis, RJ:Vozes, 2008.

VENTURA, Dora Fix; CRUZ, A. Pedro Mello; LANDURA- FERNANDES, J. Psychology and innovation. **Psychology & Neurociencia**, n.4, 2011.

WAMPLER, Brian; AVRITZER, Leonardo. Públicos participativos: Sociedade Civil e novas instituições no Brasil democrático. In: COELHO, Vera Schattan P; NOBRE, Marcos(org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 43, 2004.

_____.Transformando o estado e a sociedade civil por meio da expansão das comunidades política, associativa e de políticas públicas. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, 2007.

_____;SOUZA, Dilmara Veríssimo de. Pesquisa Social: métodos aplicados ao saneamento. In: PHILIPPI JR, Ed. **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**.-Barueri, SP: Manole, 2005.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

ADEVI- Associação dos Deficientes Visuais. Ata de fundação 15/03/1991.

ARCO- ÍRIS, Associação. Ata de fundação 13/11/2006.

ASCONTAC- Associação de Conselheiros e Ex-conselheiros Tutelares do Estado do Acre. Alteração do Estatuto, 30/03/2012.

BRASIL, Lei no. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 1990.

BRASIL, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

CADES- Central de Articulação das Entidades de Saúde. Ata de Assembléia do dia 05/04/2012.

_____. Ata de fundação dia 18/07/2003.

CERNEGRO- Centro de Estudos e Referência da Cultura Afro-Brasileira do Acre. Ata de fundação, 02/12/2005.

_____.
Estatuto, 2005.

GEAMA- Grupo de Estímulo ao Aleitamento Materno. Ata de fundação, 01/03/2004.

_____. Estatuto, 2004.

PASTORAL DA PESSOA IDOSA. Estatuto, 18/11/2005.

RIO BRANCO. Conselho Municipal de Saúde. Resolução no. 004 de 27 de dezembro de 2007. Aprova o regimento interno do CMS.

_____. Regimento do Conselho Municipal de Saúde.

RIO BRANCO. Prefeitura Municipal. Lei municipal no. 964 de 08 de outubro de 1991. Institui o Conselho Municipal de saúde.

_____. Lei municipal no. 1.318 de 08 de Abril de 1999. Dá nova redação ao art. 3º da lei 964 de 08 de outubro de 1991.

_____. Lei municipal no. 1.372 de 10 de novembro de 2000. Dispõe sobre alteração do CMS.

_____. Lei municipal no. 1.069 de 09 de novembro de 1992. Declara de utilidade pública a Associação dos Deficientes Visuais.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório final da VI Conferência Municipal de Saúde, 2006.

_____. Minuta da VII Conferência Municipal de Saúde, 2011.

_____. Plano Municipal de Saúde, 2007-2010.

_____. Plano Municipal de Saúde, 2011-2013.

_____. Relatório de Gestão 2008.

_____ 2009.

_____ 2010.

_____ 2011.

_____ 2012.

RIO BRANCO. Conselho Municipal de Saúde. Atas das reuniões, período de 2008 a 2011.

UBM – União Brasileira de Mulheres. Ata de fundação 07/05/2005.

Apêndice I**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Questões norteadoras de entrevista semi-dirigida aos conselheiros dos conselhos gestores no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Dados de identificação:**Representante do órgão gestor:**

-Nome (iniciais):

-Instituição que representa:

-Cargo:

-Escolaridade e formação profissional:

-Tempo de conselheiro:

Representante dos usuários:

-Nome (iniciais):

-Instituição (Ong. ou Organização da Sociedade Civil) que representa:

-Profissão:

-Tempo de conselheiro:

Questões norteadoras comuns a todos entrevistados

Como ocorreu a sua representação? Por exemplo: indicação, eleição, etc. Como se preparou?

Quantas reuniões em média participou?

Recebeu algum tipo de treinamento para essa função? (desnecessário)

Descreva sua rotina de participação (p. ex. reunião, pré-reunião, retorno):

Como você definiria seu papel, de conselheiro, enquanto representante de sua instituição?

Rotineiramente, são levantadas propostas de questões relacionadas à promoção da saúde?

Em sua opinião, qual a influência que o conselho exerce na formulação das políticas públicas de saúde?

Após as discussões, as deliberações do conselho se transformam de fato em ações implementadas?

Questões direcionadas aos representantes dos usuários

Tem conhecimento, familiaridade com as questões/assuntos discutidos no conselho?

Em algum momento teve dificuldade em participar de alguma discussão da pauta?

Se isso ocorreu, qual foi a sua atitude? E a dos demais conselheiros?

Costuma ter acesso à pauta da reunião com antecedência?

Há discussão prévia da pauta com sua entidade, ou pares?

Quando ocorre, o posicionamento que você traz, fruto dessa discussão, é considerado na reunião do conselho?

Percebe, ou já percebeu relações de poder, no conselho?

Acha que tem conselheiro, que por sua função ou formação, tem mais capacidade de influência na tomada de decisão?

Você gostaria de falar mais alguma coisa?

Apêndice II**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Questões norteadoras de entrevista semi-dirigida aos conselheiros dos conselhos gestores no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Dados de identificação:

Representante do órgão gestor:

-Nome (iniciais):

-Instituição que representa:

-Cargo:

-Escolaridade e formação profissional:

-Tempo de conselheiro:

O senhor é membro nato do conselho?

Quantas reuniões em média participou?

Como você definiria seu papel, de conselheiro, enquanto Secretário de Saúde?

Na sua opinião, os conselheiros tem trazido demandas para o conselho?

Como o senhor vê a questão das pautas serem trazidas sempre (ou na maioria das vezes) pela secretaria?

Como o senhor avalia a atuação dos conselheiros? E do Conselho?

Em sua opinião, qual a influência que o conselho exerce na formulação das políticas públicas de saúde?

Como o senhor vê a questão do poder dentro do conselho?

O senhor acha que a sua presença intimida um pouco os conselheiros no processo de votação ou a se manifestarem contrários ao seu posicionamento?

Acha que tem conselheiro, que por sua função ou formação, tem mais capacidade de influência na tomada de decisão?

Após o processo de tomada de decisão do conselho, qual encaminhamento dado a deliberação?

Há retorno para o conselho, das ações desenvolvidas a partir das deliberações tomadas em seu interior? Se há, enquanto tempo, após a deliberação?

Sobre os outros canais de participação social, são atuantes?

Rotineiramente, são levantadas propostas de questões relacionadas à promoção da saúde?

Você gostaria de falar mais alguma coisa?

Apêndice III

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Título do Projeto: A participação social na Promoção da Saúde em Rio Branco-Ac

Nome da pesquisadora: Danúzia da Silva Rocha

ESCLARECIMENTO:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo Compreender a forma como os espaços colegiados de saúde do município de Rio Branco desenvolvem ações de participação social, e o controle social relacionados à promoção da saúde.

Informamos que você tem liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer fase da pesquisa e você não terá nenhum prejuízo de qualquer natureza.

Garantimos que sua participação não lhe trará riscos físicos e suas informações serão utilizadas somente para o desenvolvimento dessa pesquisa, sem a sua identificação.

Garantimos, ainda, o sigilo e o anonimato com relação às informações levantadas na coleta de dados, sendo que essas informações serão utilizadas somente para fins científicos.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar dessa pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que as informações que irei prestar sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro ter compreendido as informações recebidas da pesquisadora, estando ciente dos objetivos e benefícios, concordando com a publicação anônima das informações que tenham relação com o estudo e aceito que os mesmos sejam inspecionados por pessoas autorizadas pelo pesquisador.

Rio Branco-Ac, ____/____/____.

Assinatura do participante ou responsável

Danúzia da Silva Rocha
Responsável pela pesquisa
Universidade Federal do Acre

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto

Telefone: (068) 3901 2585