

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Participação social no contexto da Atenção Primária
à Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de
Saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**

Ana Maria Caldeira Oliveira

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientador: Profa. Dra. Sueli Gandolfi
Dallari**

São Paulo

2015

Participação social no contexto da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

Ana Maria Caldeira Oliveira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Sueli Gandolfi Dallari

São Paulo

2015

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.

Aos meus pais, Luiz e Luzia;

Ao meu marido e minha filha, Edmar e Julia;

A todos que acreditam no Sistema Único de Saúde
como política pública capaz de enfrentar as iniquidades sociais.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores do departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública pelo convívio afetuoso. Às Professoras Aurea Ianni e Cristina Marques pela oportunidade de estagiar no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) nas disciplinas de Pensamento Social em Saúde e Vigilância em Saúde, respectivamente, na Graduação de Saúde Pública.

Ao Fausto, Allan, Bia, Carol Buno, Ya Matos, alunos da Graduação de Saúde Pública, pela calorosa amizade como colegas na Faculdade de Saúde Pública. Por me envolverem, agora, na pós-graduação, no movimento estudantil, por meio da Chapa Pluralidade no Centro Acadêmico Emílio Ribas (CAER).

Ao Professor Lorenzo Chieffi, por possibilitar a experiência acadêmica internacional, por meio de um doutorado sanduíche, na Itália, no *Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica* (CIRB), além da maravilhosa experiência de vida. Ao Programa Ciências Sem fronteiras (CNPq) por viabilizar financeiramente esse doutorado sanduíche.

À Professora Sueli Gandolfi Dallari, por mais uma vez, conceder-me a oportunidade de crescer intelectualmente. À Professora Sueli toda a minha admiração e respeito acadêmico. À secretária do CEPEDISA-USP, Silmara, por sua disponibilidade em me ajudar.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por permitir a realização dessa pesquisa e, também, por conciliar o trabalho na Vigilância Sanitária, com as aulas em São Paulo. Às colegas da Vigilância pelos constantes incentivos.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por permitir e apoiar a realização da pesquisa. Aos Conselhos Distritais de Saúde, Centro-Sul e Leste, por permitirem e indicarem suas Comissões Locais de Saúde mais atuantes. Às Comissões Locais de Saúde, por permitirem a realização da pesquisa. Aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde pelo apoio durante a realização da pesquisa. Aos Conselheiros das Comissões Locais de Saúde de Belo Horizonte, pela disposição em colaborar com a pesquisa.

Meus sinceros agradecimentos.

APRESENTAÇÃO

Em maio de 2014, a presidenta Dilma Rousseff, por meio do Decreto 8.243, instituiu a Política Nacional de Participação Social, com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a Administração Pública Federal e a sociedade civil (BRASIL, 2014).

Dessa maneira, a Política Nacional de Participação Social tornou-se referência para os órgãos e entidades da Administração Pública Federal para melhor utilização dos diversos processos, instâncias e mecanismos de participação social, abrindo, inclusive, caminho para as novas formas de participação social através das redes sociais e dos mecanismos digitais de participação via internet. Assim, possibilita uma maior aderência social ao ciclo de gestão de políticas públicas, além de propiciar o aumento da transparência e da eficácia da gestão pública (ABRAHÃO, 2014).

Contudo, a criação desse decreto causou polêmica em vários setores da sociedade, sendo mal recebido pelo Poder Legislativo Federal. Classificado como “golpe”, e como “mudança de regime por decreto” (ABRAHÃO, 2014), o Decreto 8.243/14 acabou sendo anulado por meio do Projeto de Decreto Legislativo (PDC 1491/14) votado em 28 de outubro de 2014, pelo Plenário da Câmara dos Deputados.

Ao que parece NOBRE (2004) tem razão ao observar a disputa política sobre os sentidos da democracia, delimitado a duas grandes arenas. A primeira seria em torno de macroestruturas que definiriam o quadro institucional de um regime democrático: eleições periódicas e livres, separação de poderes, regime de governo, respeito a direitos e garantias individuais. Uma segunda arena diz respeito **à criação de novos espaços de participação e deliberação, que desafiam as macroestruturas de um regime democrático, pondo em dúvida sua capacidade de abrigar essas novas formas de participação** (o destaque é nosso).

DELDUQUE et al. esclarecem que o Decreto 8.243/2014 apenas ampliava para os demais setores da Administração Pública Federal o diálogo participativo que o setor saúde já desfruta. Não é à toa que o modelo participativo do Sistema Único de Saúde (SUS) é exemplo para outros países, devido, principalmente, a sua capilaridade, alcançada em função da Lei 8.142/1990.

A Tese aqui apresentada evidencia a institucionalização generalizada de espaços participativos no SUS, que ultrapassam essa moldura normativa. Nesse sentido, essa Tese retrata uma pequena amostra da participação social desenvolvida no contexto da Atenção Primária à Saúde, no município de Belo Horizonte, pelas Comissões Locais de Saúde.

Comissões, e não conselhos, devido ao fato de desrespeitarem a Resolução 453/2011 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da organização dos conselhos, e reafirma a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. Em vez da paridade, as comissões preferem funcionar de portas abertas para a população, não se preocupando em estabelecer um número predeterminado de participantes.

Ainda que existam muitos desafios, comprovados pelas várias dificuldades cotidianas, e, principalmente, pelo alto grau de desigualdade social, essa Tese também constatou importantes momentos de prática democrática, com a formação de novos sujeitos políticos. Dessa maneira, essa Tese considera as Comissões Locais de Saúde como espaços democratizantes e promotores da cidadania.

Nessa perspectiva, essa Tese tem como principal argumento o entendimento de que as Comissões Locais de Saúde constituem-se em espaços de ampliação da democracia. Que a participação social exercida nessas Comissões Locais é imprescindível para a efetivação do direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Esse argumento se baseia na compreensão de que a ‘modelagem da vida’ pelas políticas públicas exige que os cidadãos por ela afetados, expressem seus interesses, em iguais condições, objetivando que tais interesses influenciem as decisões políticas.

Assim, essa Tese pensa o SUS como política pública, devendo, por tanto, ter seu ciclo de formulação/aprovação, implementação, monitoramento e avaliação, acompanhado. Um Estado que publiciza-se, ou seja, amplia sua responsividade aos interesses de todos os seus cidadãos precisa “engedrar e ser engedrado” pela participação dos diferentes segmentos da sociedade no ciclo da política pública (MOREIRA, 2009, p. 12). Esse processo político é entendido por essa tese como democratização.

A proposta de avaliar os resultados produzidos por essas instituições, no que diz respeito a sua efetiva influência na política pública, além de estabelecer um panorama geral de funcionamento, com contribuições dos próprios Conselheiros Locais exigiu um esforço hercúleo, por parte da autora. Desse modo, este estudo acompanhou a realização de 7 Conferências Locais de Saúde; acompanhou 3 Comissões Locais de Saúde, participando de mais de 21 plenárias, ordinárias e extraordinárias, sem contar as visitas realizadas para as entrevistas e leitura de atas.

Para melhor retratar a dinâmica participativa, e em consonância com as normas da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, optou-se por apresentar os Resultados e a Discussão por meio de 3 manuscritos. Dessa forma, a Tese está estruturada em seções e subseções. Serão apresentadas a Introdução, Objetivos, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusões e as Referências. Importante destacar, também, que para o atendimento às normas da Comissão de Pós-Graduação, o artigo I foi encaminhado à revista *Ciência e Saúde Coletiva*, o artigo II foi aceito para publicação pela revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, e o artigo III é um manuscrito inédito.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	10
1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SUS/BH)	11
1.3 AS COMISSÕES LOCAIS DE SAÚDE	14
1.4 REVISÃO DE LITERATURA	15
1.4.1 A Atenção Primária à Saúde	15
1.4.2 Participação	18
1.4.3 Conselhos de Saúde no Brasil	21
1.4.3.1 Conselhos Gestores	21
1.4.3.2 Competências, Impasses e Desafios	23
1.4.4 A Questão Democrática na Saúde e a Teoria Democrática Deliberativa.....	28
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 METODOLOGIA	34
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.2 CONCEPÇÃO DA PESQUISA	36
3.2.1 Tipo de Pesquisa	36
3.2.2 Coleta de Dados	38
3.2.3 Análise de Dados	39
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 ARTIGO I	42

4.2 ARTIGO II	63
4.3 AJUSTES NORMATIVOS	85
4.4 ARTIGO III	88
5 CONCLUSÕES	116
6 REFERÊNCIAS	120
ANEXOS	
Anexo I - Termo de consentimento livre e esclarecido	126
Anexo II - Questionário de pesquisa	129

1 INTRODUÇÃO

Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988, Art.1º, Parágrafo Único).

O debate contemporâneo sobre a participação da sociedade civil em esferas públicas tem indicado inúmeras possibilidades e tendências dessa participação, com observação direta da estreita relação entre Estado e sociedade.

De acordo com WAMPLER e AVRITZER (2004), a participação de cidadãos tem sido um aspecto importante da democratização política no Brasil. Isso se deve em larga medida aos arranjos institucionais que permitiram o estabelecimento de diversos processos, através dos quais, cidadãos podem se envolver na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas.

Os conselhos gestores de políticas públicas, também denominados conselhos setoriais, emergiram como inovação institucional a partir da Constituição Federal de 1988 (TATAGIBA, 2002). DALLARI et al. (2006) observam que essa constituição prevê a participação do povo na gestão pública. Segundo os autores, deve prevalecer a vontade do povo sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo, pois a democracia exige que os próprios governados decidam sobre as diretrizes políticas fundamentais para o Estado.

Nesse contexto, entre os setores da política social, o setor saúde foi o que mais intensa e precocemente incorporou os mecanismos de participação, se destacando por apresentar a mais sólida estrutura de participação no país (CÔRTEZ, 2009). Assim sendo, as Conferências e os Conselhos de Saúde integram o Sistema de Participação Social em Saúde, ou nos termos de CARVALHO (1997, p. 93), “um formidável Sistema Nacional de Órgãos Colegiados”.

Dessa maneira, existem cerca de 5.559 Conselhos Municipais de Saúde no país, e Conselhos Estaduais de Saúde em todas as unidades federadas, somando aproximadamente, 72 mil conselheiros titulares, sendo que, desses, 36 mil

representam o segmento dos usuários, observando-se o princípio da paridade que lhes garante 50% das vagas (MOREIRA et al., 2006).

Não é à toa, que GURZA LAVALLE e ISUNZA VERA (2011, p. 11), observam a participação como uma das feições do Estado brasileiro. Segundo os autores, “as funções exercidas por atores da sociedade civil nas instituições de representação extraparlamentar constituem representação de pleno direito - *de Jure*, e não apenas de fato”.

Nesse cenário, os Conselhos de Saúde têm se constituído em objeto de estudo que vem recebendo farta atenção, ainda que abordado de forma insuficiente. Vale ressaltar que a maioria dos estudos referidos na literatura estão direcionados para a análise dos níveis macroterritoriais (AMÂNCIO et al., 2011), ou seja, para os Conselhos Municipais, Estaduais e o Nacional.

A Tese aqui apresentada aborda a participação social no nível microterritorial. Nessa perspectiva, o objeto de estudo desta Tese são os conselhos gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde no município de Belo Horizonte (SUS/BH) - as Comissões Locais de Saúde. A proposta de realização de uma avaliação acerca dos impactos desses arranjos sobre a política pública coloca-se como uma questão de fundamental importância.

1.1 O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

A cidade de Belo Horizonte, inaugurada em 1897, foi planejada e construída para ser a nova capital política e administrativa, sendo concebida para abrigar 200 mil moradores. Teve seu planejamento fortemente influenciado pelas ideias de modernidade e racionalidade da época.

De acordo com GOMES (2000), ela foi planejada, projetada, traçada a régua e compasso. A cidade moderna, positivista, eugênica veio para romper de uma vez por todas com o passado ao inaugurar uma nova era, a da República e, ao mesmo tempo, coroar a tradição de Minas Gerais, a única região das colônias ibéricas cuja base

cultural era enraizadamente urbana. Mais que uma cidade, era um símbolo ideológico e cultural.

A centenária cidade de Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais, sendo um município exclusivamente urbano. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a 6ª cidade brasileira mais populosa e 3ª considerando-se a área metropolitana. A população de 2.385.639 habitantes possui uma leve predominância do sexo feminino (53%). É constituída principalmente por adultos: 57% da população têm entre 20 a 59 anos seguida de 18% de adolescentes (10 a 19 anos), 16% são crianças (0 a 9 anos) e 9% idosos (IBGE, 2011). Está distribuída em uma área aproximada de 331 Km².

O Produto Interno Bruto (PIB), em 2010, foi de R\$55,0 bilhões com a seguinte participação: 14,2% indústria, 58,7% comércio e serviços, 10,8% administração pública e segurança social, 16,2% impostos líquidos. A renda per capita média de Belo Horizonte, em 2010, era de R\$1.497,29. A extrema pobreza, proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$70,00 era 0,79% em 2010 (SMSA, 2015).

O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,810 situado na faixa considerada “Muito Alto” (IDHM entre 0,8 e 1). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é de 1, foi reduzido em 52,26% entre 1991 e 2010 (SMSA, 2015).

Quanto à educação, em 2010, 64,27% dos alunos entre 6 e 14 anos estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 25,93% estavam cursando o ensino superior. E 70,15% da população de 18 anos ou mais completaram o ensino fundamental e 54,16%, o ensino médio (SMSA, 2015).

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SUS/BH)

Para o planejamento e a gestão da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove regionais administrativas, quais sejam: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada Secretaria Municipal Regional possui definido um espaço geográfico-populacional-administrativo que compõem sua área de abrangência. Os Distritos Sanitários no município obedecem à mesma delimitação das Secretárias Municipais Regionais, e correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA).

Figura 1: Mapa de Belo Horizonte



A SMSA, órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) é a responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde no município. O SUS/BH tem como missão institucional “Avançar na implementação dos princípios e diretrizes do SUS em Belo Horizonte, prestando serviços humanizados e de qualidade, inserindo-se de forma articulada nas políticas sociais do governo, em busca da promoção da equidade social e garantindo o direito à saúde com controle social” (SMSA/BH, 2010, p. 17).

No município, a Atenção Primária à Saúde (APS) é composta pela rede de Unidades Básicas de Saúde, que se configura como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde. Essa rede é organizada a partir da definição de territórios sobre os quais as UBS devem ter responsabilidade sanitária. Utilizam processos de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, devendo ser responsáveis pela resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância dentro de seu território, considerando as necessidades da população (SMSA/BH, 2008).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município de Belo Horizonte em 2002. Com uma população de 2.238.882 habitantes, distribuídas nos nove Distritos Sanitários, contava com uma rede de 132 Unidades Básicas de Saúde responsáveis pela Atenção Primária da População adscrita, através de 485 Equipes de Saúde da Família (SMSA/BH, 2008).

Atualmente, o município possui uma população de 2.385.639 habitantes, conta com 147 Unidades Básicas de Saúde, 583 Equipes de Saúde da Família (ESF), 307 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 58 Equipes de Saúde Mental (ESM), 60 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 Academias da Cidade. O município apresenta 83% de cobertura do PSF (SMSA/BH, 2014).

As Equipes de Saúde da Família realizam ações para o acolhimento dos usuários nas UBS por meio do atendimento programado as crianças, adultos e idosos, além do atendimento a demanda espontânea. Desenvolvem ações de assistência odontológica, puericultura, pré-natal, assistência farmacêutica, vacinação, curativos, marcação de consultas especializadas, coleta de exames laboratoriais, entrega de

resultado de exames e eletrocardiograma. Algumas unidades oferecem, também, consultas de práticas não alopáticas (homeopatia, acupuntura) e Lian Gong (prática corporal chinesa).

Cabe ainda ressaltar, que o SUS/BH conta com um número aproximado de 17.000 profissionais de diversas categorias, sendo que desses, 10.000 estão lotados na Atenção Primária à Saúde (SMSA, 2014).

Assim, é fácil perceber que as Unidades Básicas de Saúde, representam um espaço de encontro entre os usuários, os profissionais de saúde, os gestores e a comunidade. E, nesse sentido, é que foram criadas as Comissões Locais de Saúde em cada UBS.

1.3 AS COMISSÕES LOCAIS DE SAÚDE

A Lei Municipal 5.903/1991 é responsável pela institucionalização do Conselho Municipal de Saúde, dos Conselhos Distritais de Saúde e das Comissões Locais de Saúde, no município de Belo Horizonte. O Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado vinculado à Secretaria Municipal de Saúde possui caráter permanente e deliberativo.

Como citado anteriormente, os Distritos Sanitários no município de Belo Horizonte correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. A Lei 5.903/1991 prevê que cada Distrito Sanitário possua um Conselho Distrital de Saúde.

No nível imediatamente inferior, os Centros de Saúde possuem áreas de abrangência delimitadas em função da circulação ou do fluxo de trabalhadores da saúde e da população em um território. Sua estruturação se orienta pela existência de barreiras geográficas impeditivas da livre circulação. Importante destacar que, nesta Tese, os termos Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde serão utilizados como sinônimos.

Essa mesma lei determina também que em cada Centro de Saúde deverá ser criada uma Comissão Local de Saúde, com a participação dos usuários, dos trabalhadores e do governo. Além de propor, acompanhar e fiscalizar a implementação de políticas, cabe às comissões avaliar a atuação do seu Centro de Saúde e de seu Distrito Sanitário. As Comissões Locais de Saúde terão sua organização e norma de funcionamento definidas em Regimento Interno próprio.

1.4 REVISÃO DE LITERATURA

1.4.1 A Atenção Primária à Saúde

A ideia de Atenção Primária como forma de organização dos sistemas de saúde aparece pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920. Esse documento, apresentado pelo governo inglês, propunha a organização do modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos generalistas. Os casos que o médico não tivesse condições de resolver, com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção, deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, ou então, para os hospitais, quando houvesse indicação de internação ou cirurgia (MINISTRY OF HEALTH, 1920). Essa concepção, elaborada pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo.

Em setembro de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão. A conferência reafirmou enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, e, nesse sentido, propôs a

meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Os cuidados primários de saúde seriam a chave para que essa meta fosse atingida (OPAS/OMS, 1978).

A Declaração de Alma-Ata definiu os cuidados primários de saúde (OPAS/OMS, 1978, Item VI):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Dessa forma, as políticas de cuidados primários de saúde deveriam estimular o autocuidado e a autonomia das comunidades, mobilizando-as para que assumissem a responsabilidade por sua saúde. O entendimento era que o envolvimento das comunidades com os serviços de saúde funcionaria como um controle sobre as burocracias, relutantes em promover mudanças ou reformas nos sistemas de saúde (CÔRTEZ, 2009).

A declaração também preconizava a participação comunitária em diferentes momentos do planejamento e implementação da atenção à saúde, tendo esse aspecto influenciado a agenda reformista na área da saúde, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Desse modo, pode-se considerar a Declaração de Alma-Ata como o subsídio mais importante para a consolidação de políticas que estimulassem a participação comunitária ou popular (CÔRTEZ, 2009).

SCHRAIBER (1996) observa que a Atenção Primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, relacionada a um serviço simples e quase sempre dotado de poucos equipamentos. Nessa perspectiva, acaba vinculada a ideia de uma organização própria do setor público de saúde, com uma prestação de serviços que contém uma prática fadada a ser uma medicina simplificada.

Citando Donnangelo e Pereira, SCHRAIBER (1996) justifica essa imagem simplista da Atenção Primária, por meio de sua própria origem. Foi introduzida como serviço de assistência público, cujo objetivo institucional era ampliar a cobertura dos serviços para a população mais carente, estendendo a assistência médica de forma simplificada e barata. Entretanto, as alternativas de simplificar a assistência revelaram-se mais difíceis do que a simples redução de incorporação tecnológica.

Cabe destacar que, no Brasil, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde a Atenção Primária passou a ser designada por Atenção Básica à Saúde. Nesse sentido, em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), resultado de um processo histórico, onde a atenção básica foi gradualmente se fortalecendo, tornando-se referência para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 10) define:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação

do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

De acordo com MENDES (2010), existem evidências de que os sistemas de saúde com forte orientação para a Atenção Primária, em contraste com aqueles com baixa orientação, seriam mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, por serem a única forma de se enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das situações crônicas, e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes, por apresentarem menores custos e reduzirem a utilização de procedimentos mais caros; mais equitativos, por que discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres; e de maior qualidade por que colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal modalidade de atuação da Atenção Básica. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional; enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania (STARFIELD, 2004).

1.4.2 Participação

Carvalho, citado por DELGADO e ESCOREL (2008), relata que na década de 1970 a ideia da participação “comunitária”, baseada no modelo de Medicina Comunitária, dá início a uma nova relação entre Estado e sociedade no campo da saúde, na qual a participação da população era fundamental para a implementação e eficácia das ações de saúde pública. Tratava-se de uma participação voltada para problemas de natureza técnica.

De acordo com DONNANGELO (1976), a Medicina Comunitária guardava fundamentalmente a ideia da possibilidade de expansão da medicina às populações carentes através do desencadeamento de mecanismos integradores, de racionalização

dos recursos da medicina institucionalizada e dos recursos mobilizáveis ao nível dos grupos sociais, objeto de sua prática.

Por sua vez, AROUCA (2003) observa a Medicina Preventiva, que se realiza enquanto prática pela Medicina Comunitária, como “um reencontro entre possuidores e não possuidores, que leva analogicamente à solução de desenvolver os dons ausentes na população através da educação, da mesma educação da qual já foram excluídos” (AROUCA, 2003, p. 193). Como consequência desse cenário, observaram-se as limitações, os poucos resultados e mudanças ocorridos no campo da saúde pública com a participação comunitária.

Na década de 80, desenvolve-se no Brasil uma participação “popular”, baseada no aprofundamento da crítica e em práticas políticas de oposição ao sistema dominante. Amplia-se a discussão, partindo-se da falta de acesso à saúde para a existência da exclusão social nos diferentes campos, e dessa forma a categoria “comunidade” é substituída pela categoria “povo” (Carvalho citado por DELGADO e ESCOREL 2008).

GOHN (2003) destaca a entrada em cena dos novos atores sociais. Movimentos sociais populares urbanos, reivindicatórios de bens e serviços públicos, por terra e moradia, assim como os chamados novos movimentos sociais, em luta pelo reconhecimento de direitos sociais e culturais modernos, como a luta pela igualdade de raça, gênero e sexo, pela qualidade de vida, meio ambiente, segurança e direitos humanos, dentre outros.

Esses novos movimentos sociais se distinguiam das formas tradicionais de se fazer política e de afirmarem novas identidades sociais. Apareciam como formas de luta que desafiavam o Estado, exacerbando seu caráter de resistência às estruturas de dominação vigentes (ANDRADE, 2010).

Identifica-se também, ao final dos anos 70 do século passado, a formação de uma comunidade política autodenominada “Movimento Sanitário” com proposta de universalização do acesso aos serviços de saúde combinada com a democratização política do país e, mais especificamente, da área da saúde. Tal comunidade era

formada por acadêmicos, pesquisadores, sindicatos dos profissionais e trabalhadores de saúde (CÔRTEZ, 2009).

O Movimento Sanitário lutava pela construção de um sistema de saúde único, com o oferecimento de acesso universal e atenção integral a saúde, organizado de forma descentralizada, hierarquizada, com participação de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço (CÔRTEZ, 2009).

Nas palavras de FLEURY (1997, p. 29), sob “a bandeira Saúde e Democracia, ou seria, Saúde é Democracia, o Movimento da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, tornando-se ao início do processo de democratização um ator político impossível de ser ignorado”.

Com o processo de democratização a relação Estado-sociedade se reconfigura, trazendo à tona as disputas dos diferentes atores sociais, não mais somente os excluídos do sistema, mas atores diversos. Assim, as categorias “comunidade” e “povo” são substituídas por “sociedade”, tendo como consequência a ressignificação da participação, agora “social” (Carvalho citado por DELGADO e ESCOREL 2008).

A participação social ressalta a universalização dos direitos sociais e a cidadania, estabelecendo uma nova compreensão do caráter do Estado, arena de conflitos políticos onde diferentes grupos de interesses disputam espaço e atendimento à suas demandas (Carvalho citado por DELGADO e ESCOREL 2008).

CÔRTEZ (2009) observa que, dessa forma, a criação dos mecanismos de participação institucionalizados insere-se em um processo geral, nacional e internacional, no qual a pressão de atores sociais por mais participação levou à gradativa abertura de órgãos e instituições estatais ao escrutínio público.

ANDRADE (2010) chama a atenção para o fato de que as agências internacionais de desenvolvimento como, por exemplo, o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Fundação Kellogg, também começaram a exigir a inclusão da participação nos projetos a serem financiados. A ideia desses

setores era o estabelecimento de mecanismos externos de controle sobre a burocracia estatal, executora dos projetos relativos à área social.

Assim, a sociedade civil, através das políticas públicas, se amplia, entrelaçando-se com a sociedade política e com os aparelhos governamentais. Ocorre o desenvolvimento do novo espaço público, denominado público não estatal, no qual irão situar-se conselhos, fóruns, redes com articulação entre sociedade civil e os representantes do poder público para a gestão de parcelas da coisa pública (GOHN, 2003).

1.4.3 Conselhos de Saúde no Brasil

1.4.3.1 Conselhos Gestores

Os conselhos gestores de políticas públicas, também denominados conselhos setoriais, emergiram como inovação institucional a partir da Constituição de 1988. Considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos, constituem-se em peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais (TATAGIBA, 2002).

Segundo CÔRTEZ (2009) a articulação entre os gestores, as burocracias governamentais e as organizações de trabalhadores, de usuários e de beneficiários de políticas públicas afetaria positivamente a *responsiveness* e a *accountability* dos governos. Dessa forma, em países em desenvolvimento como o Brasil, promoveriam a boa governança e reduziriam as possibilidades de manutenção de padrões autoritários de decisão e de formas clientelistas de relação entre governo e atores sociais.

O processo de institucionalização da participação através dos conselhos vem sendo considerado como um importante mecanismo do que se nomeia democracia participativa (PATEMAN; SANTOS) ou democracia deliberativa (HABERMAS; AVRITZER). Esse modelo de democracia teria como conteúdo substantivo a ampliação do espaço público, com a possibilidade de discussão e deliberação das políticas públicas, além do exercício do controle social (ANDRADE, 2010).

A Lei Federal nº 8.142/1990 regulamentou as instâncias de participação e controle social do SUS - as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. De acordo com essa lei, as conferências devem se reunir a cada quatro anos, ordinariamente, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e de propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Por sua vez, os conselhos são órgãos permanentes e possuem caráter deliberativo devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Essas duas instâncias participativas estão alicerçadas no princípio da paridade, resultado indubitável das lutas dos movimentos sociais em saúde.

MOREIRA (2007) observa os Conselhos de Saúde como instâncias políticas inovadoras, muito diferentes daquelas tradicionais, ainda que estejam em processo de construção. São instituições que estão sendo problematizadas, no debate nacional e internacional, como de participação política não eleitoral ou partidária, ou seja, de representação política extraparlamentar (ANDRADE, 2010). Vem sendo conceituadas como experiências de inovação democrática (GURZA LAVALLE e ISUNZA VERA, 2011).

Para DALLARI et al. (1996), os conselhos são instâncias de ação política, que articulam no interior do campo da saúde as ações do Estado e da cidadania, com objetivo de ampliar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde. Assim sendo, observa-se que a noção de controle social adquire centralidade, difundindo-se como prescrição normativa para a democratização das relações entre Estado e sociedade (CARVALHO, 1997).

Controle social é um conceito originado nas Ciências Sociais e está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, pelos grupos sociais e pela sociedade aos quais pertencem, a partir dos valores, das normas e dos comportamentos (ALVAREZ, 2004).

No entanto, após o processo de redemocratização política e da promulgação da Constituição Cidadã, a ideia de controle social no Brasil passa a corresponder à compreensão da relação Estado-sociedade, na qual cabe à sociedade o estabelecimento de práticas de vigilância e controle sobre o Estado (CORREIA,

2000). Nesse sentido, STOTZ (2006) observa a ressignificação do termo controle social, ao ser compreendido como participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas.

Dessa maneira, a noção de controle social está diretamente vinculada à ideia de constituição de uma esfera pública democrática, que possa viabilizar o controle dos governantes por parte da sociedade, ou ainda, a possibilidade de grupos organizados influírem e decidirem sobre o tipo de sociedade e de ação governamental necessárias ao bem-estar da coletividade, além de manter mecanismos de monitoramento das ações governamentais (ANDRADE, 2010).

1.4.3.2 Competências, Impasses e Desafios

VAN STRALEN et al. (2006) observam que a competência dos conselhos foi detalhada e ampliada pelas Resoluções de nº 33, de 1992, e nº 333, de 2003, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que procuraram, principalmente, estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários.

DELGADO e ESCOREL (2008, p. 82) destacam que a Resolução 333/2003 substituiu o termo “participação comunitária” por “participação da sociedade organizada” e acrescenta que essa participação torna os Conselhos de Saúde instâncias privilegiadas, não só na discussão das políticas, mas também na proposição, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da política de saúde.

Já em 2012, o Conselho Nacional de Saúde objetivando consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS aprova a Resolução 453 (CNS, 2012). Essa resolução está dividida em cinco grandes diretrizes, preservando, em larga medida, o que foi determinado na Resolução 333/2003.

A primeira diretriz apresenta a definição de Conselho de Saúde:

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da

Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A segunda diretriz trata da instituição dos Conselhos de Saúde, que deve ser estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecendo a Lei 8.142/1990 no que concerne a composição, organização e competência.

A terceira diretriz da resolução trabalha o tema da organização dos conselhos, reafirmando a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos; a necessidade de eleição do presidente, que deve ser realizada entre os membros do conselho, em reunião plenária; e a proibição da participação, como conselheiros, de membros eleitos do Poder Legislativo, representantes do Poder Judiciário e do Ministério Público. A novidade fica por conta da responsabilização dos conselheiros pelos seus atos, no exercício de sua função.

Em certa medida, essa novidade vem ao encontro da crítica feita por MOREIRA e ESCOREL (2009), ao observarem a falta de regras para a responsabilização dos conselhos e de seus representantes pelos resultados e impactos da sua deliberação.

A quarta diretriz diz respeito à estrutura e funcionamento dos conselhos e, nesse sentido, prevê que qualquer alteração na organização dos conselhos preservará o que está garantido em lei, devendo ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, com *quorum* qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente.

Por fim, a quinta diretriz ressalta que os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal têm suas competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde.

CORREIA (2000) observa que os Conselhos de Saúde podem ser espaços de participação e controle social na perspectiva da ampliação da democracia, mas, por outro lado, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais.

Nesse contexto, TATAGIBA (2002, p. 56) realiza uma revisão de literatura pesquisando um “certo padrão geral perceptível” na avaliação dos conselhos

gestores. Estabelece três eixos para realizar a avaliação dos conselhos e demonstra ser comuns a esses colegiados os problemas levantados:

i) Os conselhos como espaço de representação plural e paritária: constata-se que a existência de uma igualdade numérica na composição dos conselhos não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório. A relação dos conselheiros com suas entidades demonstra fragilidade no vínculo, tanto para representações governamentais quanto para representações não governamentais. Soma-se a isso, o reconhecimento unânime da falta de capacitação técnica e política dos conselheiros (TATAGIBA, 2002).

Na área da saúde, o princípio da paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais, considerado por CARVALHO (1997) como uma discriminação positiva, não foi suficiente para transformar esses fóruns em espaços de reconhecimento e prática da igualdade entre os participantes. Isso porque prevalece a cultura política dominante, que tem dificuldades em reconhecer e respeitar o outro como cidadão.

A incorporação e institucionalização da participação no novo modelo de gestão da coisa pública se dá em um momento de intensa mobilização popular. E, nesse sentido, os conselhos foram propostos como mecanismos de democratização do processo de tomada de decisões em relação à formulação e implementação das políticas públicas, supondo a existência de uma sociedade organizada, o que garantiria a realização de um novo padrão de gestão dessas políticas (ANDRADE, 2010).

Entretanto, o que se constata é fragilidade da base social necessária ao funcionamento desse modelo em função da inexistência de um mínimo de organização da população. Dessa forma, a ausência de uma tradição associativa faz com que não ocorra, por parte da população, uma demanda verdadeira por participação, uma vez que essa prática não faz parte da vida cotidiana da grande maioria (ANDRADE, 2010).

A resposta para esse impasse estaria na própria participação. Segundo PATEMAN (1992, p. 60-1):

A principal função da participação na teoria democrática participativa é [...] educativa, no mais amplo sentido da palavra, tanto no aspecto psicológico quanto no de aquisição de prática de habilidade e procedimentos democráticos. Por isso, não há nenhum problema especial quanto à estabilidade de um sistema participativo; ele se autossustenta por meio do impacto educativo do processo participativo. A participação promove e desenvolve as próprias qualidades que lhe são necessárias; quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo. As hipóteses subsidiárias a respeito da participação são de que ela tem um efeito integrativo e de que auxilia a aceitação de decisões coletivas.

GURZA LAVALLE e ISUNZA VERA (2011) observam o efeito de integração através do exercício participativo, que teria o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, não apenas fortalecendo a formação de identidades políticas amplas, mas colaborando para a legitimação das instituições políticas.

Para ESCOREL e MOREIRA (2009), a representação nos conselhos apresenta as mesmas características, as mesmas dificuldades e os mesmos problemas da representação político partidária. Dessa maneira, depara-se com o autoritarismo, o elitismo, práticas clientelistas e fisiológicas e o corporativismo na defesa dos interesses particulares.

O grande desafio que se coloca para as experiências participativas é a construção de mecanismos para minorar os efeitos das desigualdades sociais que se reproduzem no interior dos processos deliberativos (TATAGIBA, 2002). Nesse sentido, a multiplicação de cursos de formação para conselheiros, promovidos pelas várias instâncias de governo, é uma tentativa de enfrentar as dificuldades suscitadas pela assimetria de conhecimentos técnicos e de recursos comunicativos detidos pelos conselheiros (COELHO, 2004).

ii) Os conselhos como espaços públicos dialógicos: o debate e a negociação em torno dos assuntos relevantes tem sido limitados pela imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado na elaboração da agenda dos conselhos. Por sua vez,

os conselhos têm definido como assuntos pertinentes pautas relacionadas com demandas - falta de especialidades médicas, qualidade do atendimento, filas - refletindo o entendimento de que o conselho exerce seu papel ao responder de forma efetiva às necessidades da população (TATAGIBA, 2002).

Assim sendo, observa-se uma situação paradoxal em que os conselhos têm apresentado dificuldades em definir uma agenda própria, não tendo voz no processo político de definição da política de saúde, ao mesmo tempo em que tem avançado no sentido de franquear a palavra àqueles com menos conhecimento técnico e escolaridade (COELHO, 2004).

TATAGIBA (2002) também destaca a recusa do Estado em partilhar o poder de decisão. Os governos, em sua maioria, têm resistido às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas.

A justificativa apresentada pelos governantes para o não reconhecimento dos arranjos institucionalizados tem origem na dificuldade de convivência entre os princípios da democracia representativa - os representantes foram eleitos pelo voto popular - e os mecanismos da democracia deliberativa - de ampliação do espaço público para a participação (ANDRADE, 2010). Dessa maneira, os conselhos são como convidados inconvenientes, presentes no exercício do processo decisório (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013).

Todavia, COELHO (2004) elenca vários estudos em que a atuação da autoridade política é capaz de proporcionar um contexto favorável à mobilização e inclusão dos mais carentes. Nesse sentido, CÔRTEZ (2009) ressalta que os atores estatais são decisivos na definição das condições de funcionamento dos conselhos. A configuração das relações entre atores estatais e sociais define, em grande medida, o papel institucional que os conselhos podem ter no contexto da política de saúde.

iii) os conselhos como instâncias deliberativas: é a prerrogativa de deliberar, ou seja, induzir o Estado à ação, que torna os conselhos arranjos institucionais profundamente promissores no sentido da reforma democrática do Estado. No entanto, constata-se a baixa capacidade de inovação das políticas públicas a partir da

participação social, sugerindo que essa participação assume contornos mais reativos que propositivos (TATAGIBA, 2002).

COHN (2003) ressalta que as experiências de controle público através da participação da sociedade nos Conselhos de Saúde ocorrem num contexto de destituição dos direitos sociais, associado ao altíssimo grau de desigualdade social, fazendo com que se acentuem, de um lado, uma maior aproximação entre esse controle e a gestão do Estado, e de outro a proeminência da política dos técnicos sobre a política dos cidadãos.

MOREIRA et al. (2006) observam que os Conselhos de Saúde revelam-se como produto da cultura política brasileira, reproduzindo a defesa de interesses corporativos e clientelistas, a ausência de transparência das decisões políticas, a impermeabilidade à participação, mas também, integram o potencial de transformação democrática e republicana desses valores e dessas práticas.

Assim, se por um lado, a sociedade apresenta um déficit de relações de confiança, solidariedade e cooperação, ou seja, haveria escassez de ingredientes indispensáveis para os conselhos se constituírem em efetivos canais de democratização das decisões e do controle social, por outro, os Conselhos de Saúde certamente constituem espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção ao direito a ter direitos e pelo pleno exercício da cidadania (LABRA, 2005).

1.4.4 A Questão Democrática na Saúde e a Teoria Democrática Deliberativa

Na área da saúde, a questão democrática está associada às raízes do Movimento da Reforma Sanitária, que preconizava o direito à saúde como integrante dos direitos humanos, e, devido a sua abrangência universal, constituiria condição essencial para a consolidação da democracia (COSTA, 2009). Ao mesmo tempo, a inclusão da participação social como eixo mestre da proposta da Reforma Sanitária era entendida

para além da expansão do direito e da reforma do setor, mas também, como estratégia para se alcançar a democratização social (LOBATO, 2009).

FLEURY (1997, p. 28) define a Reforma Sanitária como:

Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado.

Com efeito, a Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito fundamental do ser humano e vinculou sua obtenção às políticas sociais e econômicas, objetivando a redução do risco de agravos, bem como a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, destinados não só à sua recuperação, mas também à sua proteção e promoção.

A diretriz da participação da comunidade na área da saúde foi inscrita no artigo 198 da Constituição, como uma das premissas para a democratização do país. CARVALHO (1997, p. 93) ressalta como um dos “feitos mais notáveis” da Reforma Sanitária Brasileira a institucionalização dos Conselhos de Saúde. A ideia era de que a sociedade participasse e se responsabilizasse pelas decisões, assegurando a preservação dos interesses coletivos, levando a um nível crescente de politização (COSTA, 2009).

Essas instituições vêm sendo consideradas como instituições que operam simultaneamente por meio dos princípios da participação e da representação. Castiglione e Warren citados por CUNHA et al. (2011, p. 298) observam:

A representação exercida por atores da sociedade civil nos conselhos é constituída pelo processo político e dentro dele, e, portanto, é formada por regras e normas (formais ou relacionais) que definem os papéis e funções representativos; pelos incentivos e oportunidades construídos pela instituição, na medida em que instituições estruturam as interações; pela natureza do conflito dentro da sociedade, definida pelas relações de poder, distribuição de razões e

cultura; pelo grupo e estrutura associativa da sociedade, que provê capacidades, oportunidades e padrões de relacionamento representativo; e pelo autoentendimento dos participantes e a participação dentro das relações representativas – a educação dos cidadãos e a qualificação dos representantes, uma vez que ambas determinam e são determinadas pelo processo de representação.

A Teoria Democrática Deliberativa tem sido usada como suporte nos estudos sobre conselhos, devido a sua função deliberativa desses, prevista em lei, implicando que neles devam ocorrer debates e decisões relativos à forma e ao conteúdo das políticas às quais estão vinculados (CUNHA et al., 2011).

O debate sobre a importância da argumentação para as decisões políticas nas democracias foi incorporado na Teoria Democrática na segunda metade do século XX, cabendo a Habermas, Cohen, entre outros, o seu desenvolvimento. AVRITZER (2011) destaca que a Teoria Democrática Deliberativa representa uma crítica à ideia da democracia como um processo de agregação política de opiniões e ou preferências de cada indivíduo que, somadas, transformam-se numa vontade geral, representada pelo processo eleitoral.

AVRITZER (2000) citando Manin observa que a Teoria Democrática, de Rousseau até os dias de hoje, tem tido uma relação histórica circular com o conceito de deliberação. Existem autores, como Rousseau e Schumpeter, que compreendem o termo como o momento no qual o processo de tomada de decisão ocorre. E outros, como Habermas e Cohen, que utilizam o termo deliberação com o sentido de processo no qual um ou mais agentes avaliam as razões envolvidas em uma determinada questão (AVRITZER, 2000).

Autores clássicos como Rousseau identificam o processo de formação da vontade geral com o processo de aferição da vontade da maioria, propondo assim, uma concepção de democracia baseada na decisão como elemento central do processo deliberativo (AVRITZER, 2000). Nessa concepção de democracia, a posição perdedora representaria apenas um erro.

HABERMAS (1989) ressalta a importância da esfera pública para orientar e controlar a qualidade do processo de tomada de decisão por meio de discussões entre cidadãos. Os participantes devem defender seus pontos de vista levando a uma transformação argumentativa de opiniões, constituindo-se em um agir comunicativo.

Entretanto, NOBRE (2004) aponta Cohen como o responsável por alterar os termos do debate democrático ao conceber a democracia deliberativa estruturada em torno de um ideal de justificação política, ou seja, justificar o exercício do poder político coletivo é proceder com base na argumentação pública. Assim, se dá a passagem no interior da Teoria Democrática, de um conceito decisionístico de deliberação para um conceito argumentativo de deliberação (AVRITZER, 2000).

Dessa forma, a Teoria Democrática Deliberativa prioriza no debate democrático o problema da qualidade do processo deliberativo, ao invés dos resultados de um processo agregativo. Segundo AVRITZER (2011) ao modificar a forma de abordagem do problema democrático, Cohen reinsere na Teoria Democrática a troca de razões enquanto elemento central da formação da vontade política. O autor, ainda observa que Cohen, ao pensar em uma lista de condições procedimentais para a realização de um debate democrático adequado, insere o elemento institucional. Como consequência, ao valorizar a questão da procura institucional do desenho adequado para a deliberação, Cohen anteciparia elementos do debate sobre efetividade deliberativa.

Para pensar a efetividade deliberativa, se faz necessário, compreender que, assim como na democracia representativa, existiriam momentos deliberativos, alguns mais fortemente deliberativos e outros, não tão deliberativos (Goodin, citado por AVRITZER, 2011). A efetividade deliberativa estaria voltada para a análise da capacidade das instituições influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política.

Com o objetivo de consolidar a Teoria Democrática Deliberativa, vários autores passaram a tentar associar o debate sobre deliberação com a procura por práticas deliberativas. Dessa maneira, essa teoria vem sendo usada, buscando verificar sua

capacidade explicativa, para fenômenos como os conselhos de políticas públicas (CUNHA et al., 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar a dinâmica da participação social na Atenção Primária à Saúde por meio das Comissões Locais de Saúde de Belo Horizonte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1-Avaliar o papel das Conferências Locais de Saúde na formulação e implementação da Política Municipal de Saúde;

2.2.2-Conhecer as práticas de interação entre o Conselho Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais e as Comissões Locais de Saúde;

2.2.3-Descrever e analisar as Comissões Locais de Saúde em sua estrutura, organização, permeabilidade e paridade;

2.2.4-Identificar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar nas Comissões Locais de Saúde, a partir das representações sociais dos Conselheiros Locais de Saúde;

2.2.5-Analisar o impacto da prática participativa exercida pelas Comissões Locais de Saúde na dinâmica de funcionamento das Unidades Básica de Saúde, a partir das representações sociais dos Conselheiros Locais de Saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Para AVRITZER e SANTOS (2003), a democracia assumiu um lugar central no campo político durante o século XX. Essa constatação se deu, de um lado, com a afirmação de Amartya Sen, para quem a democracia foi o acontecimento mais importante do século XX, e por outro, pelo questionamento posto por Immanuel Wallerstein, sobre como a democracia evoluiu de uma aspiração revolucionária no século XIX, para um slogan adotado universalmente no século XX, ainda que, por si só, vazio de significado.

Desse modo, após o colapso do chamado ‘socialismo real’ e do longo declínio do arranjo social europeu - Welfare State - até o processo de liberalização dos mercados e dos fluxos de capital - processo de globalização -, a disputa política sobre os sentidos da democracia vem se agudizando (NOBRE, 2004). NOBRE (2004) delimita essa disputa a duas grandes arenas. A primeira seria em torno de macroestruturas que definiriam o quadro institucional de um regime democrático: eleições periódicas e livres, separação de poderes, regime de governo, respeito a direitos e garantias individuais.

Uma segunda arena diz respeito à criação de novos espaços de participação e deliberação, que desafiam as macroestruturas de um regime democrático, tanto no sentido de desafiar sua capacidade de abrigar essas novas formas de participação, como no sentido de, em algumas ocasiões, colocar em dúvida a lógica do arranjo macroestrutural em vigor.

Nesse contexto, o que parece estar em jogo é exatamente o estabelecimento teórico e prático da relação entre elas - natureza dos regimes democráticos e a posição destinada à participação/deliberação (NOBRE, 2004). E, sendo assim, PATEMAN (1992, p. 9) levanta uma questão crucial: Qual é o lugar da participação em uma teoria democrática moderna e viável?

Na tentativa de responder ao questionamento feito por PATEMAN (1992), esta Tese se propõe a trabalhar com um referencial teórico que contempla a vertente

contemporânea da Teoria Democrática, ou, em outros termos, que defende a importância do componente discursivo no interior do processo deliberativo e, sobretudo, valoriza a ampliação da esfera pública como elemento da democracia.

Segundo HABERMAS (1995), existiria no debate atual dois modelos normativos de democracia: o liberal e o republicano. Após analisar esses modelos, o autor propõe um modelo alternativo, o procedimental, amparado nas condições de comunicação sob as quais o processo político pode ter a convicção de gerar resultados racionais, uma vez que o modo e o estilo da política deliberativa realizam-se em toda sua extensão.

A Teoria do Discurso associa ao processo democrático conotações normativas mais fortes do que o modelo liberal e mais fracas do que o modelo republicano, tomando subsídios de ambos, articulando-os de uma forma nova e distinta (HABERMAS, 1995).

Da mesma forma que o modelo republicano, ela idealiza um lugar central para o processo político de formação da opinião e da vontade comum, porém, sem o entender como algo secundário a estruturação em termos de Estado de Direito. Em vez disso, a Teoria do Discurso entende os direitos fundamentais e os princípios do Estado de Direito como uma resposta consequente à questão de como institucionalizar os exigentes pressupostos comunicativos do processo democrático.

A Teoria Comunicativa não associa a realização de uma política deliberativa à dependência de uma cidadania coletivamente capaz de agir, mas sim, à institucionalização dos correspondentes procedimentos e pressupostos comunicativos (HABERMAS, 1995).

Nas palavras de HABERMAS (1995, p. 48):

A Teoria do Discurso, conta com a intersubjetividade de ordem superior de processos de entendimento que se realizam na forma institucionalizada das deliberações, nas instituições parlamentares ou na rede de comunicação dos espaços políticos públicos. Essas comunicações desprovidas de sujeito, ou que não cabe atribuir a nenhum sujeito global, constituem âmbitos nos quais pode dar-se uma

formação mais ou menos racional da opinião e da vontade acerca de temas relevantes para a sociedade como um todo. As implicações normativas saltam à vista: a força da integração social que tem a solidariedade social, não obstante não mais poder ser extraída somente das fontes da ação comunicativa, deve poder desenvolver-se com base em amplamente diversificados espaços públicos autônomos e em procedimentos de formação democrática da opinião e da vontade políticas, institucionalizadas em termos de Estado de Direito.

Dessa maneira, os procedimentos e pressupostos comunicativos da formação democrática da opinião e da vontade política - dentre os quais a sociabilidade horizontal dos cidadãos que reconhece uns aos outros como iguais - funcionariam como fontes importantes para a legitimação discursiva de decisões de um governo e de uma administração vinculados ao direito e à lei (HABERMAS, 1995).

Assim, a implementação da igualdade legal fundamentada em uma concepção liberal dos direitos individuais depende da implementação dos direitos coletivos reais tanto quanto a expansão da democracia depende da ampla validade dos processos formais típicos dos regimes representativos. Segundo HABERMAS (1995, p. 51) “existe uma relação conceitual intrínseca e não apenas uma associação historicamente contingente entre norma legal e a democracia”.

Por fim, cabe ressaltar a importância da esfera pública como fórum fundamental para orientar e controlar a qualidade do processo de tomada de decisão por meio de incessantes e exaustivas discussões entre cidadãos. Os participantes devem ser plenamente informados e qualificados para defender seus pontos de vista como os mais apropriados, levando a uma transformação argumentativa de opiniões, a uma transformação das ideias por meio da discussão, constituindo-se em um agir comunicativo (HABERMAS, 1989).

3.2 CONCEPÇÃO DA PESQUISA

3.2.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo empírico descritivo com adoção de metodologia qualitativa. Um estudo de caso único cujo objeto são as Comissões Locais de Saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Dessa forma, foi realizado um estudo de caso único envolvendo mais de uma unidade de análise, ou seja, um estudo de caso único integrado (YIN, 2010). O município de Belo Horizonte possui 147 Unidades Básicas de Saúde, estrategicamente distribuídas, nos nove Distritos Sanitários, onde, segundo a legislação vigente, deve funcionar uma Comissão Local de Saúde.

A seleção das unidades de análise foi realizada a partir de um convite feito aos Conselhos Distritais de Saúde de Belo Horizonte para participarem da pesquisa, indicando sua Comissão Local de Saúde mais atuante. Dois, dos nove Conselhos Distritais, Leste e Centro-Sul, responderam prontamente ao convite. As Comissões Locais indicadas possuem Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) opostos: muito elevado risco e baixo risco, respectivamente. O IVS, criado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH, 2008) associa indicadores de base populacional, tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como mortalidade infantil, estratificando a população em baixo, médio, elevado e muito elevado risco. Para compor a pesquisa foi selecionada uma Comissão Local com IVS muito elevado risco, pertencente ao Distrito Sanitário Centro-Sul, totalizando 3 unidades de análise.

A pesquisa aqui apresentada foi realizada em três fases. A primeira fase foi realizada durante a 12ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no mês de outubro de 2013, com observação de 7 Conferências Locais de Saúde, realizadas pelas Comissões Locais. Importante ressaltar que para o cumprimento dos objetivos específicos 2.2.1 e 2.2.2 foram selecionadas mais 4 Comissões Locais de Saúde, baseando-se no IVS e na maior capacidade de mobilização social na 11ª Conferência Municipal de Saúde (ver tabela 1, no Artigo I).

A segunda fase ocorreu no período compreendido entre os meses de outubro de 2013 a junho de 2014, com o acompanhamento e análise de 3 Comissões Locais. Essa etapa foi autorizada pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pelos Conselhos Distritais Leste e Centro-Sul, e também, pelas Comissões Locais de Saúde participantes da pesquisa. Por último, no período compreendido entre os

meses de fevereiro a julho de 2014, foram realizadas entrevistas individuais com os Conselheiros Locais de Saúde, sendo essa fase aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por meio da Plataforma Brasil, CAAE: 18186813.6.3001.5140. Para cada fase da pesquisa foi elaborado um Artigo Científico.

3.2.2 Coleta de Dados

Foram utilizadas as técnicas de entrevistas individuais baseadas em roteiro semiestruturado, pesquisa documental e observação participante. A técnica de entrevistas individuais baseadas em roteiro semiestruturado utilizou questões relacionadas aos objetivos específicos 2.2.4 e 2.2.5, procurando conhecer e analisar os pensamentos, as opiniões e os sentimentos dos Conselheiros de Saúde em relação as Comissões Locais de Saúde.

MINAYO (2000) observa que nas entrevistas a fala dos atores traduz não só uma expressão individual, mas também, a expressão do grupo social que representam, pois compartilham de sistemas de valores, normas e símbolos. Dessa maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 2008). Assim, foram entrevistados 21 Conselheiros Locais de Saúde, sendo 7 conselheiros em cada Comissão Local selecionada: o gestor, representantes dos usuários e representantes dos trabalhadores da saúde, escolhidos devido à presença frequente nas reuniões.

Com o objetivo de conhecer e compreender a realidade (VÍCTORA et al., 2000) utilizou-se da técnica de observação participante. Dessa maneira, a pesquisadora participou de reuniões ordinárias e extraordinárias nas 3 unidades de análise selecionadas, visando observar os sujeitos de pesquisa no seu cotidiano de conselheiros. Segundo VÍCTORA et al. (2000) a observação participante enquanto técnica de pesquisa qualitativa traz consigo a dualidade do pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado.

Entretanto, se a participação da pesquisadora a envolve na vida da comunidade, sua ação deve ser disciplinada, orientada por princípios e estratégias gerais (TRIVIÑOS, 2008). Nesse sentido, durante as observações, foi utilizado um caderno de anotações nos moldes de um Diário de Campo, que segundo VÍCTORA et al. (2000) se constitui em instrumento básico de registros para o pesquisador.

Além dessas técnicas, recorreu-se também, a pesquisa documental que foi utilizada como fonte de informação complementar. VÍCTORA et al. (2000) ressaltam que a seleção dos aspectos de interesse junto à fonte documental é mais rápida, garantindo maior controle e domínio por parte do pesquisador. Dessa forma, foram analisados os seguintes documentos públicos: Relatórios Finais das Conferências Locais de Saúde acompanhadas; Regulamento da 12ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte; documentos disponíveis no *site* do CMSBH relativos à realização da 12ª Conferência Municipal de Saúde; o documento Monitoramento da Execução dos Pontos Fundamentais e Prioritários Definidos pela X Conferência Municipal de Belo Horizonte; Relatório Final da 12ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Relatórios de Gestão 2007, 2013, o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e 2014-2017, o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde, dentre outros.

3.2.3 Análise de Dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas individuais foram analisados pela Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo é uma estratégia metodológica que a partir de uma estratégia discursiva, objetiva tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conformam um dado imaginário (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Esse imaginário, na técnica do DSC, adquire a forma de um painel de discursos. Para tanto, são utilizadas as seguintes figuras metodológicas: expressões-chave, ideias centrais e o Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito. Importante destacar, que para a construção do painel de discursos, optou-se pela identificação das expressões-chave e das ideias centrais por segmento de participação nas Comissões Locais de Saúde.

As expressões-chave são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descrevem seu conteúdo. Por sua vez, as ideias centrais são formulações sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente no material e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que tem sentido semelhante ou complementar. De acordo com LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), o Discurso do Sujeito Coletivo é a reunião das expressões chave presente nos depoimentos, que tem ideias centrais de sentido semelhante ou complementar. Essas expressões-chave de sentido semelhante formam depoimentos coletivos redigidos na primeira pessoa (coletiva) do singular, com a finalidade precípua de marcar, expressivamente, a presença do pensamento coletivo na pessoa de um Sujeito e Discurso Coletivo.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Em respeito à Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, foram observados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, com vistas a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Nesse sentido, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participarem livremente do estudo, sendo fornecidas, em linguagem acessível, todas as informações necessárias para torná-los conscientes sobre a decisão de participar ou não do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa aos quais está vinculada a investigação, por meio da Plataforma Brasil, CAAE: 18186813.6.3001.5140. Quando da sua utilização, o TCLE foi minuciosamente explicado (objetivos da pesquisa, seu caráter científico e o compromisso da pesquisadora com a não identificação dos participantes) aos participantes da pesquisa e por eles assinado.

O sigilo e o anonimato foram garantidos. Para tanto, a pesquisadora tomou as seguintes medidas: a) a transcrição das fitas utilizadas nas entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora; b) utilizou-se fichas (virtuais) numeradas para anotar as transcrições; c) em nenhum momento os sujeitos da pesquisa foram

identificados pelo nome ou por qualquer outra forma que possibilitasse sua identificação; d) as fitas foram destruídas após serem transcritas.

4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO I

Conferências Locais de Saúde de Belo Horizonte: dinâmica, efetividade e contribuições para o Plano Municipal de Saúde

Belo Horizonte Local Health Conferences: dynamics, effectiveness and contributions to the Municipal Health Plan

Ana Maria Caldeira Oliveira¹

Sueli Gandolfi Dallari²

RESUMO

O objetivo do estudo é analisar a dinâmica das Conferências Locais de Saúde (CLS), realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, verificando, também, a efetividade das CLS, visando contribuir para a ampliação da participação da comunidade na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como com sua capacidade de influir na tomada de decisão da gestão municipal de saúde. O estudo foi desenvolvido durante a 12^a Conferência Municipal de Saúde, que visava à formulação do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, em outubro de 2013. Foram utilizadas as técnicas de pesquisa de observação participante e análise documental. Verificou-se que as CLS são realizadas de portas abertas, não existindo um número predeterminado de participantes. Além disso, todos têm direito a voz e ao voto. Esta característica aproxima as CLS da esfera pública vislumbrada por Habermas, onde o princípio da igualdade é associado ao princípio da inclusão deliberativa. Todavia, ainda estão presentes as dificuldades relacionadas à falta de tradição participativa e de cultura cívica. O estudo conclui pela efetividade das CLS, pois possibilita a discussão das necessidades em saúde pelos usuários, trabalhadores e gestores na APS, legitimando as decisões políticas, e assegurando o direito à saúde. E, desse modo, a realização das CLS contribui para elevar a qualidade da democracia.

Descritores: Conferências de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Democracia.

ABSTRACT

The objective of the study is to analyze the dynamics of Local Health Conferences (CLS), which took place in Basic Health Units, and also checking the effectiveness of CLS, to contribute to the expansion of community participation in Primary Health Care (APS) as well, with their ability to influence the decision of municipal management of health. The study was conducted at 12^a Municipal Health Conference, which aimed to formulate the Municipal Health Plan 2014-2017, in October 2013. We used the techniques of participant observation research and document analysis. It was found that the CLS are held open door, without the need of

a predetermined number of participants. In addition, everyone is entitled to voice and vote. This feature brings the CLS closer to the public sphere envisioned by Habermas, where the principle of equality is associated with the principle of deliberative inclusion. However, there are still difficulties related to lack of participatory tradition and civic culture. The study concludes that the CLS are effective, since it allows the discussion of health needs by users, workers and managers in PHC, legitimizing political decisions, and ensuring the right to health. There by, the realization of CLS helps to raise the quality of democracy.

Keywords: Health Conferences; Primary Health Care; Health Policy; Democracy.

 1 Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP. Fiscal Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, 2336 - Térreo - Funcionários. CEP 30.130-007. Belo Horizonte, MG. Brasil. E-mail: amcoliveira@usp.br

2 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Livre Docente. Professora Titular do Departamento de Práticas de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo 715. CEP 01.246-904. São Paulo, SP. Brasil. E-mail: sdallari@usp.br

INTRODUÇÃO

Celebramos em 2013 os 25 anos da Constituição Federal de 1988¹, a Constituição Cidadã, assim nomeada por prever inúmeros mecanismos para que o povo faça parte da gestão pública. Para Dallari², trata-se realmente de assumir a cidadania, pois somente aquele que tem parte na formação da vontade geral e em sua efetiva implementação pode ser chamado de cidadão.

Na área da saúde, a diretriz constitucional de participação foi regulamentada pela Lei Federal nº 8.142³ de 1990, que instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde. Os conselhos são órgãos permanentes que devem atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde. Por sua vez, as conferências devem se reunir a cada quatro anos, ordinariamente, em cada esfera de governo, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Dessa forma, a função normativa de debater, decidir e controlar a política pública ressalta a natureza deliberativa dessas instituições⁴.

Assim, as Conferências de Saúde são espaços deliberativos em que os participantes podem influenciar a definição de prioridades nas políticas de saúde⁵.

Côrtes⁶ destaca o papel democratizante e de legitimidade que as conferências concedem às decisões ali tomadas. Todavia, Van Stralen et al.⁷ observam que as Conferências de Saúde apresentam restrições à participação direta dos cidadãos, sendo dada ênfase a participação de delegados institucionais. Observam também, uma ruptura entre as conferências e os conselhos, ou seja, as conferências não sendo capazes de definir prioridades, produzem relatórios pouco aplicáveis, e como consequência, os conselhos não pautam suas deliberações por meio de diretrizes geradas em um processo participativo.

Nesse contexto, a efetividade das instituições participativas tem atraído a atenção dos pesquisadores. Afinal, se faz necessário conhecer o papel, a capacidade de influir das formas ampliadas de participação na operacionalização da democracia, em função da relação entre participação, deliberação e políticas públicas⁸.

O município de Belo Horizonte realizou sua 12^a Conferência Municipal de Saúde, no mês de novembro de 2013. Essa conferência teve como principal objetivo a definição de diretrizes para subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017. A 12^a Conferência cumpriu a etapa local, realizando cerca de 147 Conferências Locais de Saúde (CLS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e a etapa distrital, com a realização de 9 Conferências Distritais de Saúde, referentes aos 9 Distritos Sanitários existentes em Belo Horizonte⁹.

Nas UBS funcionam as Comissões Locais de Saúde, espaços públicos institucionalizados no Sistema Único de Saúde (SUS) mais próximos da população. As Comissões Locais de Saúde são responsáveis pela realização do evento CLS. Para Bispo Júnior et al.¹⁰, esses espaços possibilitam o envolvimento e a ampliação da participação da comunidade nas questões locais e gerais de saúde, além de compartilharem o poder. O objetivo do estudo é descrever e analisar a dinâmica do processo conferencista, verificando, também, a efetividade das CLS, visando contribuir para a ampliação da participação da comunidade na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como, com sua capacidade de influir na tomada de decisão da gestão municipal de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo empírico descritivo com adoção de metodologia qualitativa. Um estudo de caso único - as Conferências Locais de Saúde - com análise de mais de uma unidade, ou seja, um estudo de caso único integrado¹¹. O estudo foi realizado durante a etapa local da 12ª Conferência, em outubro de 2013. Foram selecionadas 7 Comissões Locais de Saúde distribuídas em 3 Distritos Sanitários. A pesquisa foi autorizada pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH).

A seleção das Comissões Locais, responsáveis pela realização das CLS, foi baseada em três parâmetros: o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)¹²; maior mobilização social, por regional, na 11ª Conferência Municipal de Saúde e indicações dos Conselhos Distritais de Saúde sobre Comissões Locais atuantes. O IVS¹² criado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) associa indicadores de base populacional, tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como mortalidade infantil, estratificando a população em baixo, médio, elevado e muito elevado risco. As Comissões Locais selecionadas apresentam algumas características semelhantes e outras distintas, retratando um todo complexo (Tabela 1).

Para a descrição e análise da dinâmica do processo conferencista foi utilizada a técnica de observação participante com a adoção de um Diário de Campo. A técnica de pesquisa documental foi utilizada para verificar a efetividade das CLS. Analisou-se os 7 Relatórios Finais das CLS acompanhadas, buscando elencar as demandas comuns, e, depois, as demandas prevalentes foram procuradas no Relatório Final da 12ª Conferência Municipal de Saúde¹³. Foram analisados também, diversos documentos públicos, disponíveis no *site* do CMSBH, relativos à 12ª Conferência.

O referencial teórico da pesquisa se apoia em Habermas¹⁴ para quem a legitimidade das decisões políticas, na perspectiva da democracia deliberativa, decorre de procedimentos em que participam aqueles que serão afetados por estas decisões. Os participantes, em igualdade de condições, expressam e produzem opiniões, sem qualquer tipo de coerção, visando à decisão pelo melhor argumento.

Tabela 1- Caracterização das Comissões Locais de Saúde analisadas

<i>Data da Realização Conferência Local</i>	<i>Indicação do Conselho Distrital</i>	<i>Comissão Local de Saúde</i>	<i>Regional/ Distrito Sanitário</i>	<i>Risco Predominante (IVS)</i>	<i>Mobilização Social na 11ª Conferência</i>
15/10/13	sim	A	Centro-Sul	Baixo	Fraca
16/10/13		B	Leste	Médio	Média
18/10/13		C	Centro-Sul	M. Elevado	Fraca
21/10/13		D	Centro-Sul	Elevado	Fraca
22/10/13		E	Norte	Médio	Forte
23/10/13		F	Norte	Elevado	Forte
24/10/13	sim	G	Leste	M. Elevado	Média

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o tema “Acesso, qualidade e transparência na atenção à saúde em Belo Horizonte”, a 12ª Conferência Municipal de Saúde foi convocada pelo Conselho Municipal de Saúde em parceria com a SMSA⁹. De acordo com o regulamento da 12ª Conferência, as CLS têm como objetivo oferecer contribuições às Conferências Distritais, e estas, por sua vez, oferecer contribuições à 12ª Conferência Municipal. Além disso, as CLS devem eleger delegados para participarem das Conferências Distritais, e estas, na sequência, elegem delegados para participarem da 12ª Conferência Municipal de Saúde⁹.

A 12ª Conferência adotou como insumo para as discussões o documento preparado pela SMSA: Monitoramento da Execução dos Pontos Fundamentais e Prioritários Definidos pela X Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte¹⁵, composto pelas diretrizes deliberadas e pela justificativa para o estado da arte dessas diretrizes, e o PMS 2010-2013¹⁶. A proposta da 12ª Conferência é formular diretrizes para a Política Municipal de Saúde a partir da verificação da realização, ou não, das

diretrizes definidas pela X Conferência Municipal e reafirmadas no PMS de 2010-2013¹⁶.

Ou seja, a política pública cumprindo seu ciclo de formulação/aprovação, implementação, monitoramento e avaliação. Segundo Labra¹⁷, na prática, “o que ocorre é o redesenho da política, seja para modificar os objetivos a fim de adequá-los aos recursos disponíveis ou para mobilizar novos recursos de modo a atingir objetivos pendentes”. Dessa forma, a implementação da política pública desejada só pode ser alcançada mediante um longo processo incremental¹⁷.

Importante esclarecer que a realização das Conferências de Saúde, em Belo Horizonte, ocorre de 2 em 2 anos, com a realização de uma Conferência Municipal específica, visando a elaboração do PMS, alternada com a Conferência Municipal, etapa da Conferência Nacional de Saúde¹⁸. Assim, foram realizadas a X Conferência e a 12ª Conferência Municipal de Saúde, visando a elaboração do PMS 2010-2013 e 2014-2017, respectivamente. E a 11ª Conferência Municipal de Saúde, etapa da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Estudos observaram que quando a finalidade da deliberação visa à formulação da vontade política, o formato do fórum participativo onde ocorre a deliberação contribui para aprimorar o processo^{6,17,5}. Ao visualizar a produção da política como um ciclo, é importante destacar que a proposta de monitoramento da execução das diretrizes definidas pela X Conferência, substrato do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, só foi possível, em função de uma mudança no processo conferencista, adotado na realização dessa conferência. Assim, o consenso sobre a necessidade de se repensar o formato das Conferências de Saúde¹⁹ é colocado em prática na condução da X Conferência Municipal de Saúde.

Realizada no nível local, distrital e municipal, utilizou uma dinâmica processual de priorização ascendente de proposições, a partir de uma matriz comum de Relatório Final, para cada etapa realizada. O produto final, o relatório deliberado pela plenária na Conferência Municipal, exigiu a priorização, pelos delegados, de ‘dez pontos fundamentais de realizações e três de não realizações’. Em caso de situações de não consenso foram realizadas votações¹⁸. A adoção desse processo conferencista

possibilitou a construção de um Relatório Final objetivo, com priorização de propostas para a Política Municipal de Saúde. Nesse sentido, ao estudarem a realização de Conferências Municipais de Saúde, Müller Neto e Artmann (p. 73)⁵ verificaram nos discursos que enfatizam a importância do debate e da deliberação “a sinalização da necessidade da deliberação como um pacto possível de ser alcançado”.

QUEM PARTICIPA

Segundo o regulamento⁹ da 12ª Conferência, estão aptas a participarem das CLS as pessoas que comparecem às reuniões das Comissões Locais de Saúde, dos Conselhos Hospitalares e das Unidades de Saúde do SUS/BH, bem como, membros da sociedade civil interessados em debater o temário da 12ª Conferência. Dessa forma, percebe-se que as CLS são realizadas de portas abertas, não existindo um número predeterminado de participantes, ou mesmo, uma preocupação com o respeito ao critério de paridade. A única exigência é que os participantes sejam vinculados à área de abrangência das UBS, o que é razoável, considerando a organização territorial da APS no SUS.

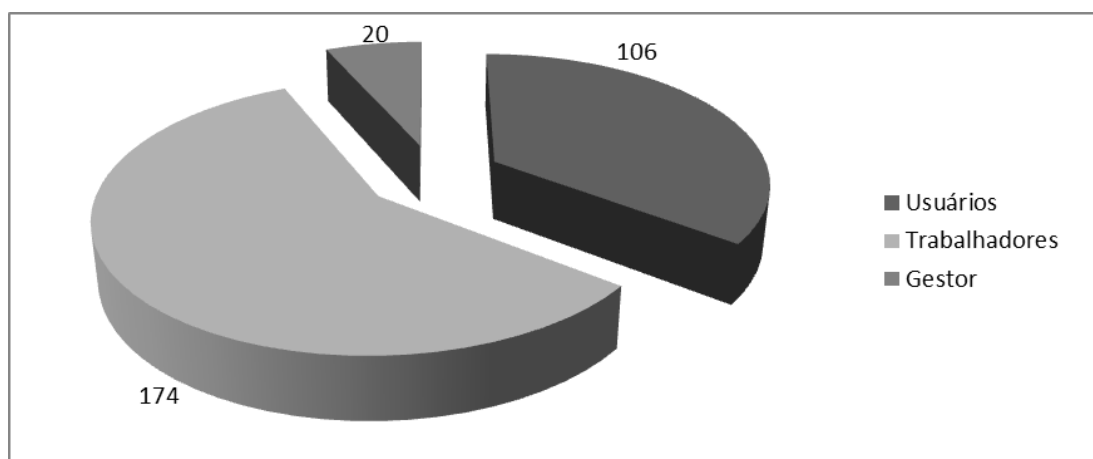
As CLS revelaram uma forte presença do segmento de trabalhadores da saúde, o que não chega a surpreender, pois as CLS foram realizadas, preferencialmente, nas UBS e em horário de trabalho. O número total de 300 participantes, nas 7 CLS analisadas, foi significativo, tendo forte contribuição da CLS E, que registrou 72 participantes. Moroni²⁰ chama a atenção para a necessidade de os espaços participativos formularem estratégias claras e eficazes, visando incorporar indivíduos ou grupos sociais alheios à participação (Gráfico 1).

“Fizemos propaganda utilizando as ACS (Agentes Comunitários de Saúde). Fizemos propaganda no comércio. A academia da cidade também foi fundamental na divulgação!” Diário de Campo, 22/10/13.

Dessa maneira, as CLS repetem as UBS, e se configuram como porta de entrada preferencial da população, para a participação e para os serviços de saúde, respectivamente. Todavia, cabe observar que as UBS possuem em média 4 Equipes de Saúde da Família (ESF), e para o atendimento de uma população classificada com IVS médio, a proporção é de 3.700 pessoas por ESF¹⁵, totalizando aproximadamente

14.800 pessoas por território. Isso quer dizer que a participação mais significativa com 72 pessoas é ainda inexpressiva frente à população da respectiva área de abrangência. Dessa maneira, ainda não se pode dizer que os cidadãos se envolvem de forma importante e generalizada nas questões de interesse comum¹⁷.

Gráfico 1 - Participação por segmento nas 7 Conferências Locais de Saúde acompanhadas



“Eu queria que tivesse mais gente! A gente vai ver o que a gente avançou dentro do projeto municipal, o que a gente conseguiu [...]”. Diário de Campo, 21/10/13.

Cabe destacar que, por se tratar do primeiro nível de realização do processo conferencista, ainda não existe a figura do delegado, e dessa forma, todos têm direito a voz e ao voto, durante a realização das CLS. Na teoria democrática deliberativa o princípio da igualdade é associado ao princípio da inclusão deliberativa. O processo conferencista local oferece a todos os participantes as mesmas oportunidades de apresentar propostas, justificar suas razões, participar das discussões e decidir. Esta característica aproxima as CLS da esfera pública vislumbrada por Habermas¹⁴ onde a sociabilidade horizontal dos cidadãos funcionaria como fonte importante para a legitimação discursiva de decisões.

Como citado anteriormente, visando à participação nas Conferências Distritais, as CLS devem eleger delegados com base no critério de paridade. Só pode ser candidato a delegado quem participa das CLS, sendo eleito ou indicado ao final desse evento.

“O que é ser delegado? São aquelas pessoas a quem o poder público delegou a representação”. Diário de Campo, 16/10/13.

Gurza Lavalle e Isunza Vera²¹ observam que os canais de representação extraparlamentar operam fora do *locus* por excelência da representação no governo representativo, o Parlamento, e não raro estão vinculados à estrutura administrativa do Poder Executivo. Destinam-se ao desempenho de funções outras que não as legislativas: ora a definição, fiscalização e gestão de políticas públicas. São operados por atores que falam em nome de interesses e segmentos da população.

O PROCESSO CONFERENCISTA

Ao contrário das Conferências Distritais e da Conferência Municipal, a realização das CLS não é conduzida por um Regimento Interno próprio. Entretanto, não cabe dizer que a informalidade caracteriza essa etapa. A comissão organizadora da 12ª Conferência elaborou um roteiro para a realização das CLS, um verdadeiro ‘passo a passo’, aqui resumidamente apresentado: leitura do documento de Monitoramento; discussão das temáticas apresentadas; elaboração de propostas gerais, sendo necessária a aprovação, no mínimo, por 60% dos participantes, para serem encaminhadas à Conferência Distrital, não havendo limitação no número de propostas aprovadas; os participantes da CLS deverão consultar o PMS 2010-2013. Havia também uma orientação para que fossem disponibilizadas cópias do documento de Monitoramento, visando o acompanhamento das discussões pelos participantes⁹.

Importante observar a adoção do tradicional critério de aprovação para as propostas - aprovadas, no mínimo, por 60% dos participantes, para serem encaminhadas à Conferência Distrital, não havendo limitação no número de propostas aprovadas. Isso quer dizer que aquele modelo de processo conferencista, que supera a lógica dos maçantes e longuíssimos Relatórios Finais, introduzindo a escolha de propostas com priorização, e com validade durante todo o ciclo de produção das políticas de saúde, é posto de lado pela comissão organizadora da 12ª Conferência.

A comissão organizadora da 12ª Conferência é composta por membros do CMSBH e dos Conselhos Distritais, comprovando, na prática, a afirmação de Carvalho²², que os conselhos e conferências se constituem em um objeto indivisível. Ao descartarem um modelo de processo conferencista vitorioso, proposto e utilizado pela gestão anterior, os conselheiros agem de maneira semelhante aos políticos. E é assim, em um exercício de aproximação, que conselhos de políticas públicas começam a ser tomados como instituições políticas formais. Para Reis e Arantes²³, as instituições concebidas para exercer controle, transformam-se elas mesmas em objeto de atenção, devido ao poder que exercem sobre os outros. Assim, o paradoxo do exercício simultâneo do poder e de sua contenção se faz presente e a análise se volta para os resultados da participação direta de alguns sobre os interesses de parcelas mais amplas da sociedade.

As 7 CLS acompanhadas iniciaram os trabalhos com uma breve apresentação abordando a temática das conferências, conduzida pelo gerente, trabalhador da UBS ou por um representante do Conselho Distrital/Comissão Local. 4 CLS procederam à leitura do documento de Monitoramento, discussão geral e votação. 3 CLS optaram por realizar a leitura do documento de Monitoramento em grupos, divididos pelos eixos temáticos, com posterior discussão geral e votação. Cabe destacar, que as 2 CLS, E e F, pertencentes à regional Norte, utilizaram uma versão resumida do documento de Monitoramento, elaborado pelo Conselho Distrital Norte e distribuído aos participantes. Das 5 CLS restantes, 3 delas - C, D e G utilizaram um *Power Point* com a planilha do documento de Monitoramento, mas constatou-se a desobediência quanto à orientação para que fossem providenciadas cópias do documento de Monitoramento para os participantes nessas 5 Conferências.

“Não tem planilha para acompanhar o que está escrito... não tem nada?” “Só está lendo, não está discutindo. Isso é uma prestação de contas? Quando chegar ao final eu já não lembro nada! Para quem trabalha na área da saúde tá fácil, mas nos somos leigos!” Diário de Campo, 21/10/13.

Apesar do processo conferencista local, oferecer a todos os participantes as mesmas oportunidades formais de igualdade, falhas na condução desse processo realçam as desigualdades preexistentes - as desigualdades reais. Para Escorel e Moreira²⁴ a assimetria existente tende a se perpetuar, pois aqueles com menos

recursos de poder não conseguem interferir na mudança desse padrão, dificultando e desqualificando a participação dos usuários. Todavia, Fung²⁵ observa que as lacunas de informações e conhecimentos no debate público sempre vão existir, sendo responsabilidade de todos os participantes contribuírem para a diminuição dessa assimetria, visando garantir a qualidade da deliberação.

A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA

Em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela gestão do SUS. O município possui uma população de 2.385.639 habitantes, conta com 147 Unidades Básicas de Saúde, 583 Equipes de Saúde da Família (ESF), 307 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 58 Equipes de Saúde Mental (ESM), 60 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 Academias da Cidade²⁶.

Conforme proposto na metodologia de estudo, foram analisados os 7 Relatórios Finais das CLS acompanhadas, sendo aqui apresentadas as demandas prevalentes, por eixo temático.

“A Conferência de Saúde é um espaço para pensar os problemas de saúde de forma global, mas pensando no território.” Diário de Campo, 24/10/13.

Eixo 1 - Gestão do Cuidado

1-Garantir profissionais para cobertura em período de férias e licença médica para todas as categorias profissionais, nas UBS;

2-Redimensionar o número de Equipes de Saúde Bucal em relação às Equipes de Saúde da Família. Proporção de 1 ESF para 1 ESB;

3-Garantir uma Equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família por Unidade Básica de Saúde.

“Uma equipe de NASF por UBS. Uma Equipe de Saúde Mental por UBS, completa! Uma Equipe de Saúde Bucal para cada equipe de PSF [...] é sonho né!... mas põe aí no papel!” Diário de Campo, 16/10/13.

Os usuários, trabalhadores da saúde, gestores e membros da sociedade civil interessados em debater o temário da 12^a Conferência discutiram as reais dificuldades que se interpõe no cotidiano para ‘cuidar do cidadão’, naquela que é considerada a porta de entrada do Sistema de Saúde, a Atenção Primária. Nesse

sentido, reivindicaram uma política específica para a reposição de trabalhadores de todas as categorias, profissionais em férias, licenças médicas e aposentadorias como forma de evitar a sobrecarga de trabalho, assegurando também, a continuidade da assistência aos usuários.

Ao demandarem por uma melhor relação entre o número de Equipes de Saúde Bucal, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, as CLS apresentaram um SUS vigoroso, mas que padece com as dores do crescimento. Retratarão uma Atenção Primária que se estrutura visando assegurar uma assistência eficaz aos usuários, ainda que esta desejada estruturação possa parecer um “sonho”. Para Serapioni e Silva²⁷ a qualidade dos serviços prestados à população ainda representa um aspecto crítico, principalmente, quando se considera o número de ESF atuando sem o profissional médico, atendendo a uma população muito maior que a preconizada pelo Ministério da Saúde, além da elevada rotatividade de profissionais de nível superior.

O documento de Monitoramento da SMSA¹⁵, esclarece que as contratações provisórias são realizadas mediante à captação e a seleção de profissionais pela Gerência de Gestão do Trabalho. Segundo o documento, não existe limitação para a substituição de profissionais por tempo de afastamento, cabendo à unidade solicitar a contratação do profissional. Entretanto, vale observar a dificuldade para a contratação de alguns profissionais, fato explicitado com a edição do Programa Federal Mais Médicos. Segundo a SMSA, em 2008, o SUS/BH possuía 513 ESF. Atualmente existem 584 ESF atuando nas 147 UBS com cobertura de 83% da população. Já as ESB somavam 195 em 2008, número que em 2012 passa a ser 307. Dessa maneira, em 2008 havia 1 ESB para cada 2,66 ESF, e hoje, a proporção é de 1 ESB para cada 1,88 ESF. Existiam em 2009, 38 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ou seja, 1 NASF para cada quatro UBS. Em 2012, 58 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e proporcionalmente, 1 NASF para cada 2,5 UBS.

Eixo 2 - Gestão de Redes

1-Ampliar a oferta de exames de apoio diagnóstico, com destaque para a criação de serviço de imagem próprio: serviços de radiologia funcionando dentro do território do distrito;

- 2-Garantir acesso às consultas especializadas com redução do tempo de espera;
- 3-Melhorar a contrarreferência dos serviços.

“O Raio X é baixa complexidade e é realizado fora do território. A distância é muito grande. O usuário não vai porque não tem dinheiro!” Diário de Campo, 16/10/13.

As discussões sobre o tema exames de apoio diagnóstico ficaram centradas na radiologia, abordando não só a escassez da oferta, mas também, a baixa qualidade da imagem nos exames realizados por prestadores contratados junto ao SUS/BH. Segundo os participantes das CLS essas dificuldades seriam resolvidas com a criação de serviço próprio, localizado na área de abrangência distrital. Essa exigência é justificada pelo absenteísmo verificado tanto nos exames quanto nas consultas especializadas. A necessidade de sistematizar a referência e a contrarreferência é ressaltada nas discussões.

Segundo a SMSA a capacidade de realização de Raios X foi ampliada na rede própria, com a utilização plena da capacidade física da Unidade de Referência Secundária. Atualmente, cada Distrito Sanitário conta com um Centro de Especialidades Médicas (CEM) e houve ampliação da oferta de consultas especializadas em todos eles. A ampliação da oferta de consultas e exames especializados no Sistema de Regulação (SISREG) foi de 24% no período de 2009 a 2013. Houve redução de 14,1% no tempo de espera para consultas especializadas críticas: Angiologia, Urologia, Neurologia e Proctologia, além de algumas especialidades da Odontologia: Endodontia e Disfunção de Articulação Temporomandibular.

Eixo 3 - Gestão do Trabalho e do Conhecimento

- 1-Implantação da Política Municipal de Gestão da Força de Trabalho com realização de concursos públicos; Plano de Cargos, Carreiras e Salários para todos os servidores;
- 2-Capacitação permanente para os profissionais de toda a rede SUS/BH, novos e terceiros;
- 3-Integração do ensino/serviço - estágios, pesquisas, projetos conjuntos e trocas de experiências no SUS/BH.

Com grande participação de trabalhadores da saúde nas CLS, o eixo Gestão do Trabalho e do Conhecimento foi amplamente debatido. Os trabalhadores reivindicaram a efetivação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários; e realização permanente de concursos públicos, como forma de se evitar a precarização dos vínculos de trabalho. Importante destacar que, parte significativa dos trabalhadores percebem a questão da capacitação permanente como um dos pontos que exigem uma melhor implementação²⁷, incluindo também, aqueles que estão em estágio probatório e os terceirizados (porteiros e pessoal da limpeza).

Por sua vez, o documento de Monitoramento apresentou como ações desenvolvidas a realização de concurso público em 2011 para a área da saúde; reajuste salarial em percentuais iguais para todas as categorias da saúde em 2011 e 2012; e o acompanhamento dos treinamentos e capacitação de funcionários junto às empresas terceirizadas. Em relação à integração ensino/serviço, a SMSA reorganizou as parcerias com instituições de ensino estabelecendo premissas, condições e critérios para celebração de convênios, com o objetivo de reforçar a formação profissional; aderiu ao Pró e PET Saúde - Programas Ministeriais para receber alunos das universidades na rede SUS/BH para prática e projetos de pesquisa.

Eixo 4 - Gestão e Regionalização da Saúde

- 1- Aprimorar o sistema de informação. Aumentar o quantitativo de computadores;
- 2-Assegurar área física adequada garantindo recursos para reformas e construção, qualificando as estruturas físicas das UBS;
- 3- Melhorar a logística para o almoxarifado.

“O nosso está uma porcaria. Vocês sabem que não funciona. Quando fala em computador o usuário acha que não interfere, mas interfere!”

“O sistema da enfermagem e da odonto é burro, é complicado... é lento! O trabalho é em vão... e o registro da enfermagem é importante!” Diário de Campo, 18/10/13.

A insatisfação com o Sistema de Informação Informatizado é unânime nas CLS. De acordo com os debates, o sistema precisa se adequar às necessidades das diversas atividades exercidas pelos profissionais que atuam nas UBS. O projeto de integração

das redes precisa ser concluído. Reivindicaram o aumento do número de computadores, impressoras e insumos, bem como a melhoria da velocidade da rede. A proposta de qualificação da infraestrutura física e do ambiente de trabalho das UBS é também uma quase unanimidade. Os participantes solicitaram que seja priorizada as construções das UBS previstas e relataram que as “UBS estão cada vez menor para a demanda dos usuários”. A terceira proposta, de melhorar a logística para o almoxarifado está diretamente relacionada à garantia de insumos para o atendimento adequado dos usuários.

Já o documento de Monitoramento¹⁵ relatou o aprimoramento do Sistema de Informação do SUS/BH com a integração de parte de seus sistemas; implantação da referência e contrarreferência no prontuário eletrônico; e o incremento de 1.900 computadores. Apresentou uma lista de obras finalizadas com 13 UBS além da sede do Serviço Médico de Atendimento de Urgência (SAMU). Relacionou 27 UBS com obras de reforma e ampliação finalizadas; 9 UBS com obras em andamento e mais 7 UBS aguardando licitação ou ordem de serviço para a realização das obras. Em relação ao almoxarifado, a SMSA esclareceu que busca por meio de edital a contratação de empresa especializada em prestação de serviços de logística.

Eixo 5 - Controle Social

1-Sensibilizar e conscientizar os usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, quanto à importância de participar;

2-Divulgar e prestar esclarecimentos sobre o Controle Social para melhor participação;

3-Manter e divulgar a Capacitação Permanente para o Controle Social.

“A população ainda não viu grande valor nos conselhos... eles não conhecem também, né!... mas não conhecem porque não vem...” Diário de Campo, 16/10/13.

“Deveríamos usar a própria Rádio Favela, as igrejas... explicando a importância de estar participando. [...] isso cabe à associação (de moradores), às igrejas, às escolas, às redes, aos parceiros que trabalham com a gente (na UBS)”. Diário de Campo, 18/10/13.

Vários são os relatos de tentativas frustradas de sensibilizar e conscientizar a população sobre a importância de participar no SUS. Os participantes chamaram a atenção para o fato de o SUS fazer pouca propaganda, não divulgando o que é feito para a população. Ao contrário, segundo os participantes, a mídia destaca o lado negativo do SUS. Nesse sentido, sugerem que seja realizada uma efetiva divulgação do SUS objetivando trazer mais pessoas para o Controle social, “uma propaganda, quase um marketing!” Essa sugestão está baseada na ideia de que a comunidade precisa entender o funcionamento do SUS para participar. Propuseram a divulgação das reuniões do Conselho Local nos espaços coletivos, como, por exemplo, igrejas, escolas e creches. Recomendaram a utilização de redes sociais na divulgação do Controle Social do SUS. Vale ressaltar que o CMSBH utilizou as redes sociais na divulgação das etapas locais, distritais e da própria 12ª Conferência. A UBS B divulgou os resultados de sua CLS em seu *Blog*.

Outra proposta de grande destaque é a manutenção e divulgação da Capacitação Permanente para o Controle Social. Oliveira et al.²⁸ já haviam identificado o esforço do CMSBH em realizar cursos de capacitação permanente, as Oficinas de Qualificação para o Controle Social, que tem como mote a expressão “venha exercer sua cidadania”. Bispo Júnior et al.¹⁰ concordam que as capacitações eventuais devem ser substituídas em âmbito municipal por uma política de educação permanente destinada aos profissionais e conselheiros de saúde, com potencial de reflexão e transformação da realidade.

Relatório Final da 12ª Conferência Municipal de Saúde

O Relatório Final da 12ª Conferência foi construído por meio de um processo que não se preocupou em priorizar as demandas, contabilizando assim, 876 propostas. Todas as propostas prevalentes identificadas nos 7 Relatórios Finais das CLS acompanhadas foram localizadas nesse Relatório, sendo apresentadas por eixo, sub-tema e número da proposta:

Eixo 1 - I.31. Garantir profissionais para cobertura em período de férias e licenças médicas para todas as categorias profissionais e agilidade nas substituições dos profissionais exonerados, aposentados e óbitos, inclusive para os profissionais

celetistas, mantendo a carga horária.; **I.122.** Garantir uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde (NASF) para cada Centro de Saúde.; **IV.1.** Redimensionar a equipe de saúde bucal em relação à equipe de saúde da família, conforme determinação do Ministério da Saúde na proporção de 01 Equipe Saúde Bucal para 01 Equipe de Saúde da Família.

Eixo 2 - VII.2. Ampliar a oferta e acesso aos exames de apoio e diagnóstico em serviços próprios e revisão dos contratos de radiologia para melhoria da qualidade.; **VII.6.** Ampliar a oferta de consultas e exames especializados, reduzindo o tempo de espera.; **VII.35.** Qualificar a referência e contrarreferência, contemplando todos os níveis e instrumentos de gestão utilizados, usando linguagem uniforme e formato padronizado.

Eixo 3 - XII.6. Garantir, consolidar e aprimorar o campo de formação profissional para todas as categorias, através da integração ensino-serviço, formando profissionais com perfil para atendimento aos usuários do SUS BH.; **XIII.39.** Aprimorar os processos de educação permanente e continuada dos profissionais de toda rede SUS/BH, em consonância com o modelo de gestão do cuidado em saúde e com coresponsabilização de todos os níveis gerenciais.; **XIII.48.** Revisar e adequar o Plano de Cargo, Carreiras e Salários (PCCS) para todas as categorias profissionais do SUS.

Eixo 4 - XIV.28. Garantir recursos financeiros para a reforma e construção de unidades de saúde do SUS/BH.; **XIV.56.** Ampliar e modernizar os equipamentos e sistemas de informática e melhoria no link (velocidade da rede de Internet), com manutenção preventiva e corretiva, e troca de computadores e impressoras obsoletos.

Eixo 5 - XV.5. Fortalecer as políticas de estímulo ao controle social, incentivando a população a participar das Comissões Locais de Saúde, através de campanhas publicitárias regulares (rádio, TV, internet, vídeos nas salas de espera dos centros de saúde, palestras em escolas, igrejas, equipamentos públicos e Organizações Não Governamentais - ONG), como estratégia de mobilização social a fim de promover cidadania.; **XV.16.** Melhorar a divulgação e mobilização do controle social, publicizando informações nas Unidades de Saúde e demais equipamentos sociais,

entre profissionais de saúde e usuários através das ações a seguir: Criação de projetos de sala de espera. Utilizar as Redes Sociais, Ouvidoria Pública, malas diretas, dentre outras estratégias para dar visibilidade aos temas do controle social, inclusive à Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários SUS/BH.; **XV.26.** Divulgar periodicamente o curso de capacitação para conselheiros no portal da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH).; **XV. 33.** Garantir a oferta de curso de capacitação de qualidade para os conselheiros locais e distritais de saúde para melhor representar a comunidade.

CONCLUSÃO

As Conferências Locais de Saúde revelaram-se fóruns fundamentais para orientar, controlar e legitimar a Política Municipal de Saúde, através de processos de tomada de decisão descentralizados, realizados na ‘ponta’ do SUS/BH. Os participantes informados pelas situações-problema experimentadas no cotidiano da APS, na perspectiva dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores, tiveram a oportunidade de defender os seus pontos de vista, confrontando-os com as diretrizes definidas pela X Conferência Municipal, com o PMS 2010-2013, e com as considerações apresentadas pela SMSA, permitindo a transformação argumentativa de opiniões. Nesse sentido, apresentaram suas contribuições para o PMS 2014-2017 por meio dos Relatórios Finais.

Como esfera pública institucionalizada, as CLS receberam de portas abertas, sem qualquer tipo de discriminação, sujeitos sociais autônomos e/ou organizados em grupos de interesse, possibilitando a realização do atributo de orientação para a comunidade - princípio essencial da Atenção Primária à Saúde. Além disso, ofereceram voz e voto a todos os atores envolvidos na APS, participantes do evento.

Para além da formulação da Política Municipal de Saúde, este estudo demonstrou que as CLS contribuem para o fortalecimento da Participação Social na Atenção Primária à Saúde. Receber a comunidade de portas abertas, dar voz e voto a todos os participantes sem qualquer tipo de coerção, propiciar a prática de habilidades e procedimentos democráticos, aguçar o sentimento de pertencimento à

sua comunidade, entre outros, são manifestações da participação tão importantes quanto à produção da política.

Dessa forma, contribuem também para elevar a qualidade da democracia, pois ao mesmo tempo em que legitimam as decisões políticas, possibilitam o exercício participativo, assegurando o direito à saúde. Nesse contexto, ao analisar a dinâmica do processo conferencista, bem como os produtos deliberados, o estudo conclui pela efetividade das Conferências Locais de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. Dallari SG. *Responsabilidade pública pela promoção e proteção da saúde*. Brasília, DF: ANVISA; 2003.
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
4. Almeida DCR, Cunha ESM. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: Pires RRC, organizador. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA; 2011. p. 13-24.
5. Müller Neto JS, Artmann E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2014;30(1):68-77.
6. Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 102-27.
7. Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho D da F, Saraiva LES, Van Stralen TB de S, Belisário AS. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Cien Saude Colet* 2006;11(3):621-32
8. Avritzer L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires RRC, organizador. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA; 2011. p. 13-24.
9. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Resolução 345/13. *Regulamento da 12ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: CMSBH; 2013.

10. Bispo Júnior JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* 2012; 22(4):1313-1332.
11. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
12. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2007*. Belo Horizonte: SMSA. 2008. [acessado 2015 Jul 17]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf>.
13. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Relatório Final da 12ª Conferência Municipal de Saúde*. Belo Horizonte: CMSBH; 2013.
14. Habermas J. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova* 1995;36:39-54.
15. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Monitoramento da Execução dos Pontos Fundamentais e Prioritários Definidos pela X Conferência Municipal de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA; 2013.
16. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Belo Horizonte: SMSA; 2010.
17. Labra ME. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 176-203.
18. Oliveira AMC, Machado PC, Dallari SG. X Conferência Municipal de Saúde Conselho Evaristo Garcia: a experiência democrática de Belo Horizonte. *Saúde Debate* 2012;36(92):41-48.
19. Ministério da Saúde. Portal da Inovação da Gestão do SUS Redes e Atenção Primária a Saúde. *Novo formato para as conferências de saúde*. Brasília, DF; 2014. [acessado 2015 Mar 17] Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/blog/2014/03/14/novo-formato-para-as-conferencias-de-saude/>>.
20. Moroni JA. O Direito à participação no Governo Lula. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 248-269.
21. Gurza Lavalle A, Isunza Vera E. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. *Lua Nova* 2011;84:353-364.
22. Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. Rio de Janeiro: Lemos editorial; 1997. p. 93-111.

23.Reis BPW, Arantes RB. Instituições políticas e controles democráticos: o paradoxal exercício simultâneo do poder e de sua contenção. In: Martins CB, Lessa R, organizadores. *Horizontes das ciências sociais no Brasil: ciência política*. São Paulo: ANPOCS; 2010. p. 241-270.

24.Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 7-12.

25.Fung A. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In: Coelho VS, Nobre M, organizadores. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 173-209.

26.Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2013*. Belo Horizonte: SMSA; 2014.

27.Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(11):4315-4326.

28.Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc Saúde Colet* 2013;18(8):2329-2338.

COLABORADORES

AMC Oliveira trabalhou na concepção, coleta e análise de dados e redação do artigo; SG Dallari foi a orientadora, colaborando também na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

4.2 ARTIGO II

Participação social no contexto da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

Social participation in the context of Primary Health Care: a case study of
Local Health Committees the Health System in Belo Horizonte

Ana Maria Caldeira Oliveira¹

Sueli Gandolfi Dallari²

RESUMO

O objetivo do estudo é analisar as Comissões Locais de Saúde - CLS do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte - SUS/BH como espaços de ampliação da democracia à luz da Teoria Democrática Deliberativa. A pesquisa foi realizada no período de outubro/2013 a junho/2014 com análise de 3 CLS. Utilizou-se a técnica de observação participante com a adoção de um Diário de Campo. Como resultado do processo democrático, ainda que de maneira tímida e desorganizada, destaca-se o fluxo de informações horizontal, que através das discussões permite acompanhar e fiscalizar as políticas públicas, indo além do setor saúde, visando à redução das iniquidades sociais. Ao discutirem sobre temas que afetam suas vidas e decidirem por meio de acordos, as CLS revelam-se como espaços públicos verdadeiramente democráticos, caracterizando-se como espaços de ampliação da democracia.

Descritores: Participação Social; Atenção Primária à Saúde; Democracia.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the Local Health Committees – CLS of Unified Health System of Belo Horizonte - SUS/BH as spaces for expansion of democracy in the light of Deliberative Democratic Theory. The survey was conducted from october/2013 to june/2014, with three CLS analysis. Was used the technique of participant observation with the adoption of a field journal. As a result of the democratic process, albeit timid and disorganized, there is a horizontal flow of information, which through discussions, allows one to track, monitor on public policy, going beyond the health sector, aimed at reducing social inequalities. When discussing about issues affecting their lives and decide by agreement, the CLS have revealed themselves as truly democratic public spaces, characterized as spaces for expansion of democracy.

Keywords: Social Participation; Primary Health Care; Democracy.

---1 Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade

de São Paulo - FSP/USP. Fiscal Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, 2336 - Térreo - Funcionários. CEP 30.130-007. Belo Horizonte, MG. Brasil. E-mail: amcoliveira@usp.br

2 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Livre Docente. Professora Titular do Departamento de Práticas de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo 715. CEP 01.246-904. São Paulo, SP. Brasil. E-mail: sdallari@usp.br

INTRODUÇÃO

O golpe que instaurou a ditadura militar no Brasil acaba de completar 50 anos. O jornal Folha de S. Paulo (MENDONÇA, 2014), em meio às reflexões sobre esse período, publicou uma pesquisa realizada no país, onde 62% dos entrevistados afirmaram que a democracia é sempre melhor que qualquer outra forma de governo. Santos e Avritzer (2005) já haviam observado que a democracia assumiu um lugar central no campo político durante o século XX. Dessa maneira, a democracia é o regime político mais valorizado no mundo contemporâneo, sendo adotado pela quase totalidade dos países como regime político oficial (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013).

Entretanto, democracia possui sentido polissêmico, e Nobre (2004) ressalta a existência de uma disputa política sobre os sentidos da democracia. Essa disputa estaria delimitada a duas grandes arenas. A primeira seria em torno de macroestruturas que definiriam o quadro institucional de um regime democrático: eleições periódicas e livres, separação de poderes, regime de governo, respeito a direitos e garantias individuais. Uma segunda arena diz respeito à criação de novos espaços de participação e deliberação, que desafiam as macroestruturas do regime democrático, tanto no sentido de desafiar sua capacidade de abrigar essas novas formas de participação, como no sentido de em algumas ocasiões, colocar em dúvida a lógica do arranjo macroestrutural em vigor (NOBRE, 2004).

Wampler (2010) vê a gestão participativa no Brasil como possibilidade de novas formas de intermediação entre Estado e sociedade civil, compensando a fragilidade dos outros mecanismos de interação Estado-sociedade. Segundo o autor, o poder legislativo seria um caminho natural por meio do qual os cidadãos e líderes comunitários poderiam pressionar as autoridades do governo, mas, devido a sua “debilidade institucional” (WAMPLER, 2010, p. 396), isso acaba não ocorrendo. Por

sua vez, os partidos políticos, via clássica para cidadãos e lideranças aportarem suas demandas, oferecem poucas oportunidades, devido a um sistema partidário fragmentado e com baixa identificação entre os eleitores. Além disso, percebe-se uma subordinação do poder legislativo ao poder executivo (WAMPLER, 2010). Não é à toa que apenas 9% dos entrevistados da pesquisa da Folha de S. Paulo (MENDONÇA, 2014), afirmaram estar muito satisfeito com o funcionamento da democracia no país.

Nesse cenário em que se apresentam dificuldades para a consolidação das dimensões formais e estruturais da democracia representativa, permeiam os novos mecanismos participativos, buscando promover maior envolvimento dos cidadãos, maior transparência e um fluxo de informações mais amplo e horizontal nas decisões sobre as políticas públicas (COELHO et al., 2010). Nas últimas décadas, o Brasil tornou-se referência para o debate internacional acerca do aprofundamento da democracia em função das experiências participativas, especialmente, os Conselhos Gestores e o Orçamento Participativo (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013).

ESPAÇOS DE AMPLIAÇÃO DA DEMOCRACIA

Carvalho (1997, p. 93) ressalta como um dos “feitos mais notáveis” da Reforma Sanitária Brasileira a institucionalização dos Conselhos de Saúde. A agenda da Reforma Sanitária, por meio das propostas participativas, preocupava-se com os mecanismos de funcionamento do Estado e não apenas com os resultados redistributivos de suas políticas. Assim, o mote Saúde e democracia ou Saúde é democracia, visava também a reforma da política, de maneira que o direito à saúde fosse acompanhado pelo direito à participação no poder. Com efeito, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) concretizou os princípios que regem a participação da sociedade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990).

Em Belo Horizonte - BH, a Lei Municipal 5.903 de 1991 (BELO HORIZONTE, 1991), institucionalizou o Conselho Municipal de Saúde - CMSBH, os Conselhos Distritais de Saúde - CDS e as Comissões Locais de Saúde - CLS. Desse modo, verifica-se a existência de um Sistema Municipal de Participação Social

em Saúde, constituído pelo Conselho Municipal, por 9 Conselhos Distritais, um em cada distrito sanitário, e por 147 Comissões Locais, localizadas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, evidenciando a institucionalização generalizada dos espaços participativos (WAMPLER, 2010), a partir de um amplo processo de descentralização. Esse sistema estabelece uma conexão do nível local, ou intramunicipal (COELHO, 2011), ao municipal.

No município, a Atenção Primária à Saúde - APS é composta pela rede de Unidades Básicas de Saúde, sendo organizada a partir da definição de territórios sobre os quais as UBS devem ter responsabilidade sanitária (SMSA/BH, 2008). Tem entre seus princípios a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, o vínculo, a integralidade, a humanização e a participação da sociedade (BRASIL, 2006). Dessa maneira, as Comissões Locais de Saúde constituem-se espaços participativos do Sistema Único de Saúde - SUS/BH mais próximos da população, devendo propor, acompanhar e fiscalizar a implementação de políticas (BELO HORIZONTE, 1991).

Ao refletirem sobre os Conselhos de Saúde, do ponto de vista da ampliação da democracia, Bispo Júnior e Gerschman (2013) destacam o formato de composição dos conselhos, ou seja, a paridade entre os representantes dos usuários e os demais segmentos e o caráter deliberativo. Todavia, os parâmetros destacados parecem ser insuficientes para a análise dos Conselhos Gestores das UBS. As Comissões Locais de Saúde, assim como as UBS, precisam afirmar-se como porta de entrada preferencial da população, para a participação e para os serviços de saúde (BRASIL, 2006), respectivamente. Desse modo, a inclusão de novos atores sociais, por meio do envolvimento das comunidades estaria sujeito ao princípio da paridade? Em relação ao caráter deliberativo, a Lei 8.142 (BRASIL, 1990), que atribui aos conselhos o poder deliberativo, não esclarece o que seja deliberar. Deliberar é a decisão em si? Deliberar é o processo de formação da vontade geral que leva à decisão?

Nesse contexto, o estudo aqui apresentado pactua com a tendência verificada nos estudos empíricos, na área de participação, de analisar a efetividade participativa pelos resultados (COELHO, 2011; AVRITZER, 2011). Bispo Júnior e Gerschman (2013) concordam que a ampliação da democracia fundamenta-se, principalmente,

nos resultados do processo democrático. O objetivo do estudo é analisar as Comissões Locais de Saúde do SUS/BH como espaços de ampliação da democracia à luz da Teoria Democrática Deliberativa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo empírico descritivo com adoção de metodologia qualitativa. Um estudo de caso único envolvendo mais de uma unidade de análise (YIN, 2010). A seleção das unidades de análise foi realizada a partir de um convite, feito aos Conselhos Distritais, para participarem da pesquisa, indicando sua Comissão Local de Saúde mais atuante. Os Conselhos Distritais Leste e Centro-Sul responderam prontamente ao convite. As Comissões Locais indicadas possuem Índice de Vulnerabilidade Social - IVS (SMSA/BH, 2008) opostos: muito elevado risco e baixo risco. O IVS, criado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMSA associa indicadores de base populacional, tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como mortalidade infantil, estratificando a população em baixo, médio, elevado e muito elevado risco. Para compor a pesquisa, foi selecionada uma Comissão Local com IVS muito elevado risco, pertencente ao Distrito Sanitário Centro-Sul (Tabela 1).

A pesquisa de campo ocorreu no período compreendido entre os meses de outubro de 2013 a junho de 2014. A pesquisa foi autorizada pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pelos Conselhos Distritais Leste e Centro-Sul e, também, pelas Comissões Locais de Saúde participantes da pesquisa.

Para descrição e análise da natureza participativa nas Comissões Locais foi utilizada a técnica de observação participante com a adoção de um Diário de Campo. A técnica de pesquisa documental foi empregada para a análise de documentos, sendo analisados os Livros Atas e os Regimentos Internos das respectivas Comissões Locais, além de outros documentos públicos.

Tabela 1- Características das Comissões Locais de Saúde analisadas

<i>Indicação do Conselho Distrital</i>	<i>Comissões Locais de Saúde</i>	<i>Regional/ Distrito Sanitário</i>	<i>Risco Predominante (IVS)</i>	<i>Base Legal; Instrumento Normativo</i>
<i>sim</i>	A	<i>Centro-Sul</i>	<i>Baixo Risco</i>	<i>LM 5.903/91 Estatuto</i>
	B	<i>Centro-Sul</i>	<i>M. Elevado Risco</i>	<i>LM 5.903/91 Estatuto</i>
<i>sim</i>	C	<i>Leste</i>	<i>M. Elevado Risco</i>	<i>LM 5.903/91 Regimento Interno</i>

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DINÂMICAS DE PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO

A institucionalização da participação, por meio da criação de instituições deliberativas, está condicionada ao desenho institucional, a existência de regras e normas que vinculam alguns fundamentos da Teoria Democrática com questões práticas de funcionamento dessas instituições (FUNG, 2004; AVRITZER, 2011) como, por exemplo: inclusão, publicidade, igualdade deliberativa e pluralidade de composição. Nesse sentido, a Lei 5.903/91 (BELO HORIZONTE, 1991) normatizou o CMSBH como órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo. Já as Comissões Locais de Saúde, de acordo com essa lei, terão sua organização e norma de funcionamento definidas em Regimento Interno próprio.

Apesar de a lei estabelecer a adoção do instrumento normativo Regimento Interno, duas das três Comissões Locais analisadas possuem sua organização e norma de funcionamento estabelecida em Estatuto. Essas comissões estão localizadas no mesmo Distrito Sanitário, o que explicaria um teor semelhante dos Estatutos,

evidenciando a existência de uma padronização por Distrito Sanitário. Os Estatutos estabelecem como competência das Comissões Locais deliberar sobre problemas relativos à saúde e outros de interesse da comunidade. Já o Regimento Interno prevê que a Comissão Local de Saúde terá poder deliberativo e ou decisório em relação aos problemas na área de abrangência da UBS.

A gente tem caráter deliberativo, a gente pode definir o que vai ser feito! (Diário de Campo, 5/06/2014).

Moreira e Escorel (2010) relatam que o entendimento hegemônico por parte dos Conselhos de Saúde é de que deliberar é o resultado da votação realizada em plenário, que se concretiza em um documento oficial, de caráter normativo, devendo ser homologado pelos governantes. Nas Comissões Locais analisadas, o resultado das discussões e decisões é fruto de acordos consagrados sem a realização de votações. Além disso, essas decisões são registradas em Livro Ata, não existindo um documento, uma resolução a ser homologada pelo prefeito. Dessa maneira, corre-se o risco de se chegar à conclusão de que as Comissões Locais de Saúde não são deliberativas.

Todavia, Habermas (1989) ressalta a importância da esfera pública para orientar e controlar a qualidade do processo de tomada de decisão por meio de discussões entre cidadãos. Os participantes devem defender seus pontos de vista levando a uma transformação argumentativa de opiniões, constituindo-se em um agir comunicativo. Nobre (2004) aponta Cohen como o responsável por alterar os termos do debate democrático ao conceber a democracia deliberativa estruturada em torno de um ideal de justificação política, ou seja, justificar o exercício do poder político coletivo é proceder com base na argumentação pública. Assim, se dá a passagem no interior da Teoria Democrática, de um conceito decisionístico de deliberação para um conceito argumentativo de deliberação (AVRITZER, 2000).

Os Estatutos estabelecem que qualquer pessoa residente na área de abrangência da UBS poderá fazer parte da Comissão Local, que terá a constituição mínima de 6 membros efetivos e igual número de suplentes. A comissão será constituída por: 2 membros de cada entidade representativa dos moradores e grupos da comunidade vinculados a UBS; 2 membros representantes da UBS, eleitos pelos funcionários da

unidade; e 1/3 dos membros da Comissão Local anterior, os quais estão livres de pertencerem, ou não, a entidades representativas. As reuniões da comissão serão acompanhadas, obrigatoriamente, pelo gerente da UBS, que terá direito a voto. O Regimento Interno prevê, sem estabelecer um número mínimo ou máximo de participantes, a seguinte composição para a comissão: o gerente da UBS, membro nato; 50% de representantes da comunidade; 25% de trabalhadores e 25% de instituições parceiras da comunidade.

Dessa maneira, constata-se que não existe um número predeterminado de conselheiros, ou mesmo, uma preocupação com que as vagas sejam distribuídas respeitando-se o critério de paridade: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores serviços (CNS, 2012). O que se observa é uma preocupação em assegurar a participação da comunidade, seja por meio de atores individuais e/ou coletivos.

Nós somos Comissão Local por sermos um grupo micro.
(Diário de Campo, 5/06/2014).

Fung (2004, p.176) denomina de minipúblicos esses espaços públicos de “escala modesta”, que reúnem cidadãos às dúzias e/ou às centenas. São espaços de encontros e atividades públicas, onde aqueles que dispõem de recursos, interesse e tempo participam. Segundo o autor, apesar de pequenos, esses espaços públicos estão entre os mais promissores para o engajamento cívico e a deliberação pública por possibilitarem a *accountability* e justiça social.

Os Estatutos e o Regimento Interno das comissões estabelecem mandato de dois anos para os membros, reuniões ordinárias mensais e extraordinárias quantas vezes forem necessárias. A reunião se realiza com a presença de maioria simples dos conselheiros e é aberta a todos que desejarem participar, tendo direito à voz. Os teóricos deliberativos destacam como verdadeiramente democrático a possibilidade de que todos se expressem no processo decisório, ainda que, em algum momento, seja realizada uma votação. Para eles, o processo de debate que precede o voto é que determina a legitimidade da decisão (ALMEIDA, 2010).

A convocação para as reuniões ocorre, na maioria das vezes, 24 horas antes. As Comissões Locais não possuem estrutura administrativa própria ou mesmo um

funcionário que fique responsável por escrever e encaminhar *emails*, pela elaboração de avisos e/ou cartazes divulgando e convocando para as reuniões. A convocação é feita por meio de contato telefônico, realizado por um conselheiro, ou pelo próprio gerente da UBS.

Eu mesmo fui ligando... (o gerente falando sobre a convocação). Se avisa com maior antecedência, as pessoas esquecem! (Diário de Campo, 5/06/2014).

Precisa divulgar! (a Comissão Local). Hoje, graças a deus, as pessoas estão empregadas. A gente não tem mais a facilidade de trazer pessoas às 14:00 hs, durante a semana. (Diário de Campo, 6/02/14).

As reuniões das Comissões Locais iniciam-se com a apresentação da pauta, e em duas delas, é seguida por uma rodada de apresentações dos presentes. As reuniões são conduzidas pelo gerente da UBS e na sua ausência, por um trabalhador da unidade, que nas três comissões acompanhadas é um Assistente Social. Tanto o gestor quanto o trabalhador da saúde têm uma atuação bem próxima a de um facilitador, expondo o tema da pauta e, depois, guiando a conversa, dando voz àqueles que se manifestam e incentivando aqueles sem voz a encontrá-la (FUNG, 2004).

Geralmente, o presidente da associação de moradores é o primeiro a se manifestar, sendo acompanhado pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, que são trabalhadores da saúde e, também, moradores da comunidade da área de abrangência da UBS e, na sequência, por usuários. Em um ambiente de diálogo surgem histórias, o testemunho, o relato de experiências. Dryzek (2004) observa que essas formas de comunicação devem ser acolhidas por serem capazes de induzir à reflexão e ou conectar a experiência individual ou de grupo com algum princípio geral. Fica evidente a força da integração social que desenvolver-se nesse espaço público por meio da solidariedade social (HABERMAS, 1995).

Você tem todos os direitos garantidos pela Constituição, mas se você não lutar por eles, não os terá! (Diário de Campo, 27/02/14).

A ideia de comunidade é desenvolver junto. Eu quero muito mais pra nossa comunidade! (Diário de Campo, 27/02/14).

Os temas das pautas de discussão das Comissões Locais de Saúde são propostos na última reunião anual, como parte de um balanço das ações realizadas. Os participantes são provocados pelos gerentes das UBS e em uma *brainstorming* vão surgindo as ideias: implantação de sede do Alcoolicos Anônimos no bairro; construção de uma pista de caminhada; a questão do lixo; retorno do funcionamento da rádio comunitária; divulgação do projeto antitabagismo; trabalhar a questão das drogas - Crack; violência; construção da nova UBS, entre outros.

As pautas escolhidas pela comunidade, como dengue e violência, resultaram em reuniões mais cheias. (Diário de Campo, 8/05/14).

Todavia, não é elaborada uma programação relacionando a temática a ser debatida, fruto da *brainstorming* realizada, com as datas das reuniões e, dessa forma, os temas levantados acabam esquecidos. A pauta das reuniões é estabelecida, em regra, na reunião anterior, indicada pelo gerente que propõe um tema prioritário.

Deveríamos pegar firme! Talvez, fazer um cronograma. (Diário de Campo, 8/05/14).

Podíamos fazer convites com maior antecedência. Os convites poderiam trazer as pautas. (Diário de Campo, 6/02/14).

Os críticos destes fóruns poderiam observar um ambiente assimétrico, onde o gestor acaba sendo o maior responsável pela composição da agenda, pela condução e até mesmo pela convocação das reuniões, ou seja, que os agentes estatais teriam poder excessivo. Entretanto, Côrtes (2009) ressalta que os atores estatais são decisivos na definição das condições de funcionamento dos conselhos. É exatamente isso que se verifica, o desenvolvimento da Comissão Local de Saúde está diretamente relacionado ao envolvimento do gerente da UBS com esse fórum.

Quando o gerente não participa é porque ele não está ativo na unidade. Se eu não estiver aqui, a comissão morre! (Diário de Campo, 8/05/14).

CONTEÚDO DOS DEBATES

Alguns autores (FUNG, 2004; COELHO, 2011; AVRITZER, 2011) avaliam os processos participativos a partir do seu potencial para identificar as demandas da

população, informar sobre as políticas públicas e detectar a qualidade dos serviços públicos recebidos por ela. Dessa maneira, a Tabela 2 apresenta os temas discutidos, referente ao período de realização da pesquisa. O mês de outubro foi dedicado à realização das Conferências Locais, etapa das Conferências Distritais e Municipal de Saúde, que aconteceram no mês de novembro, justificando a não realização das reuniões nas Comissões Locais **A** e **B**, nesse mês. No mês de dezembro, as Comissões Locais debateram um tema comum: o balanço das ações em 2013, entrando em recesso no mês seguinte. Nos meses de fevereiro, março e abril foi possível verificar a semelhança das pautas debatidas, que passam pela demanda de construção de novas instalações para as UBS; informações sobre a campanha de vacinação contra o Papilomavírus humano - HPV, política pública para a prevenção do câncer de colo do útero; e a questão do lixo, que vincula a qualidade da prestação de serviços públicos, a mobilização da população e a ocorrência do Dengue. As reuniões de maio, junho e julho foram prejudicadas pela greve dos servidores da saúde e pela realização da Copa do Mundo no país.

A questão do lixo

Em função de uma previsão catastrófica de ocorrência do Dengue, a Comissão Local de Saúde **C** debateu a questão do lixo. Os agentes comunitários de endemias - ACE alertaram aos participantes da reunião da comissão sobre a existência de armadilhas positivas, ou seja, armadilhas onde foram encontrados o mosquito do *Aedes Aegypt*, e que indicam a possibilidade de ocorrer uma grande epidemia. Assim, o tema lixo é debatido associado ao tema doenças.

A pessoa suja o meio ambiente e volta pra gente através das doenças. Prevenir as doenças é mais barato do que tratar. (Diário de Campo, 5/12/13).

O projeto verdinhos, em referência ao uniforme verde dos Agentes Comunitários de Limpeza Urbana da Superintendência de Limpeza Urbana - SLU (SLU, 2013) é citado como uma boa iniciativa na limpeza da vila. Esse projeto propõe a coleta de lixo domiciliar nas vilas e favelas, porta a porta, com carrinho de mão, devido à urbanização irregular e à dificuldade de acesso a essas áreas.

Tabela 2- Temas das reuniões das Comissões Locais de Saúde

Meses Comissões	Outubro 2013	Novembro 2013	Dezembro 2013	Janeiro 2014	Fevereiro 2014	Março 2014	Abril 2014	Mai 2014	Junho 2014
A	-Conferência Local de Saúde	-Não realizou	-Balanço das atividades da comissão em 2013	-Recesso	-Não realizou	-Informes sobre a obra da nova UBS; -Campanha de vacinação contra o HPV; -Dengue	-Violência	-Não realizou	-Não realizou
B	-Conferência Local de Saúde	-Não realizou	-Avaliação da Conferência Municipal de Saúde; -Encerramento das atividades da comissão em 2013; -Informes sobre a Audiência Pública: obra da nova UBS	-Recesso	-Campanha de vacinação contra o HPV; -Dengue; -Mutirão da Mulher	-Informes sobre a obra da nova UBS; -Limpeza da Praça da Vila; -Mutirão da Mulher	-Questão do lixo	-Não realizou	-Reflexão sobre a COPA e calendário de funcionamento; -Informes sobre a renovação da Comissão; -Academia da Cidade
C	-Conferência Local de Saúde	-Incorporação dos setores 13 e 14 à área de abrangência da UBS	-Questão do lixo; -Balanço de final de ano	-Recesso	- Eleições Reunião extraordinária - Eleições	-Questão do lixo	-Não realizou	-O papel da Comissão Local	-Informes sobre o Conselho Distrital

Entretanto, os participantes da Comissão Local anseiam por um maior envolvimento da SLU.

O projeto era pra ajudar a controlar o índice da dengue. Tem que limpar e educar. Hoje em dia só limpam. Tem campanha nas escolas? (Diário de Campo, 5/12/13).

Os participantes observam a necessidade de realizar uma forte campanha de mobilização. Segundo eles, existiria uma indiferença da SLU, além da falta de envolvimento e conscientização da própria comunidade. Os ACE, presentes na reunião, relataram que possuem material para trabalhar com a comunidade, e admitiram também, uma “relaxada” por parte da UBS: o último mutirão foi realizado há três anos, explicam.

Temos problemas com a falta de atenção dos órgãos públicos e o desleixo da comunidade. (Diário de Campo, 6/02/14).

Questões como a falta de lixeiras, lixeiras pequenas, ausência de caminhão com porte adequado para trafegar na vila, descarte de material de bota-fora e necessidade de coleta diária, foram abordadas na discussão. Como encaminhamento, foi proposto o agendamento de nova reunião com a presença dos parceiros da comunidade para debater a questão do lixo: chamar alguém da Escola, do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, da SLU e do Projeto Providência.

Conscientizar a população é um processo! Trabalhar com a comunidade envolve todos nós: saúde, SLU, igreja, escolas. (Diário de Campo, 13/03/14).

Aqui nesse bairro precisa recolher o lixo todos os dias, porque tem bichos nas ruas: porcos, cachorros, cabritos e galinhas. No meu bairro passa todo o dia (o caminhão de lixo). Por que aqui também não pode passar todos os dias? É a classe social? (Diário de Campo, 5/12/13).

Avritzer (2000) ao analisar o pensamento de Habermas destaca a visão da esfera pública como um espaço de interação face-a-face onde os indivíduos interagem uns com os outros, debatem as decisões tomadas pela autoridade política, debatem o conteúdo moral das diferentes relações existentes ao nível da sociedade e apresentam demandas em relação ao Estado. Por sua vez, Fung (2004, p. 180) observa como

importante contribuição da esfera pública, “em uma cidade latino-americana, poder facultar a um morador de favela dar-se conta de, e efetivamente avaliar seus interesses racionais em saneamento básico”.

As Comissões Locais de Saúde **A** e **B** debateram a questão do lixo e do dengue com argumentos muito semelhantes aos da Comissão Local **C**. Interessante observar que o Pacto pela Vida (M.S, 2006), componente do Pacto pela Saúde, é composto por um conjunto de compromissos sanitários, e tem entre seus objetivos o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS às doenças emergentes e endemias, entre elas o Dengue. Dessa forma, ao debaterem a questão do lixo, as Comissões Locais de Saúde atuam no acompanhamento e fiscalização da implementação de política pública.

Violência

O tema violência foi debatido nas três Comissões Locais sob o prisma de duas abordagens diferentes. Na Comissão Local **C**, o debate foi sobre a situação vivenciada pela comunidade, que sofre com o confronto de duas quadrilhas rivais, formadas por jovens ligados ao tráfico. Segundo registros em ata, a Polícia Militar, através do Grupamento Especial de Policiamento para Áreas de Risco - GEPAR apreendeu 30 armas e efetuou a prisão de vários jovens. Como causas da violência foram elencados vários fatores: precariedade da educação, falta de atuação dos pais, perda dos valores da família, exclusão social e perda dos jovens para a droga.

O Programa de Controle de Homicídios Fica Vivo (SEDS/MG, 2003), com gestão da Secretaria Estadual de Defesa Social atua em comunidades carentes com altos índices de homicídios e violência em geral e está presente na área de abrangência das Comissões Locais **B** e **C**. O programa se estrutura em dois eixos de atuação: intervenção estratégica e proteção social. O eixo de intervenção estratégica, responsável pelo planejamento e coordenação de uma repressão qualificada, reúne os órgãos de Defesa Social, entre eles, o GEPAR, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Prefeitura Municipal.

O eixo proteção social baseia-se em ações de atendimento aos jovens e trabalho em rede. Os atendimentos visam fomentar modos de vida diversos aos da criminalidade. Para o desenvolvimento do trabalho em rede, o programa busca

interagir com a comunidade, construindo respostas para os problemas de cada região, reconhecendo os atores já existentes: assistência social, saúde, educação, etc. Uma visão social que percebe não só as necessidades, mas também as possibilidades e capacidades, que podem e devem ser desenvolvidas (SUAS, 2004). Dessa forma, as Comissões Locais de Saúde e o Fica Vivo (SEDS/MG, 2003) são parceiros na promoção da saúde e no combate a violência.

As Comissões Locais **A e B** debateram a situação de violência na comunidade e seus reflexos nas respectivas UBS. A Comissão Local **A** discutiu os possíveis encaminhamentos para lidar com as ameaças recebidas por funcionários, em virtude da elaboração de um relatório para o Ministério Público Estadual, envolvendo usuário do SUS adscrito a UBS, que resultou em perda do poder familiar materno em função do uso de drogas.

A gente está em uma região difícil. Hoje cedo, ouvi tiros!
(Diário de Campo, 09/06/14).

Já a Comissão Local **B** tratou do contexto de violência combinado a um fluxo de atendimento aumentado, provocando várias situações de agressões morais. De acordo com a ata, o aumento da população a ser atendida prejudica o atendimento mais rápido, o que acaba gerando impaciência e falta de respeito dos usuários para com os profissionais de saúde. Os usuários presentes relataram a normalidade de um atraso no atendimento e que isso não justifica o desrespeito e a intolerância por parte dos usuários.

O espaço público que proporciona o debate face-a-face e permite a ventilação dos conflitos e tensões (FUNG, 2004) através dos relatos dos trabalhadores agredidos frente aos representantes dos usuários, é sem dúvida, mais adequado à resolução de problemas da UBS, do que a solução simplista de afixação de placas com advertência aos usuários do SUS, em caso de desacato a funcionário público. Importante ressaltar que Oliveira (2010) já havia associado o conflito existente entre os segmentos usuário e trabalhador no CMSBH com a tensão vivenciada por esses dois segmentos na ponta do SUS/BH, no cotidiano nas UBS, onde a demanda por serviços de saúde por parte dos usuários é sempre maior do que a possibilidade da prestação de serviços de assistência à saúde, ofertados pelos trabalhadores.

Eleições

Durante o período de realização da pesquisa, somente a Comissão Local C debateu o tema eleições visando à renovação da comissão. A reunião da Comissão Local para a realização da eleição foi pré-agendada em dezembro, para ser realizada na primeira reunião anual, em fevereiro. Contudo, a reunião estava esvaziada: 8 presentes. Coelho (2011) alerta que os gestores devem divulgar o processo eleitoral buscando maneiras de envolver os grupos menos organizados. Os participantes acordaram pela não realização da eleição, devido ao reduzido número de presentes, decidindo por convocar uma reunião extraordinária, cabendo ao gerente da UBS a formalização dos convites por meio de uma convocatória.

Que pena que às vezes, na nossa Comissão Local a comunidade não vem, as entidades não vêm. É importante espalhar que a Comissão Local não é do Centro de Saúde, não é dos trabalhadores, é da comunidade! Espalhem essa ideia! Diário de Campo, 27/02/14.

A comunidade é o principal ator! Se a comunidade não estiver interessada... dificilmente teremos êxito. (Diário de Campo, 13/03/14).

Entretanto, vale observar que o CMSBH estabeleceu que as eleições nos Conselhos Distritais e nas Comissões Locais devem ocorrer concomitantemente, no mês de julho. Assim, o CMSBH articula um processo de eleições uniforme, sob sua supervisão, mas garantindo aos Conselhos Distritais e as Comissões Locais a responsabilidade pela execução do seu respectivo processo eleitoral (OLIVEIRA et al., 2013). O processo de renovação das Comissões Locais deve ser organizado pelas comissões, orientado pelo Regimento Interno e pelo Conselho Distrital. Dessa maneira, a realização de um processo eleitoral intempestivo expõe a falta de entrosamento entre a Comissão Local e o Conselho Distrital. Se por um lado a ausência de interação entre a Comissão Local e o Conselho Distrital revela a perversidade do isolamento, por outro, impede a sua contaminação.

Nosso conselho (distrital) está passando por um momento complexo, está sob intervenção do Ministério Público, virou palco de disputas pessoais. (Diário de Campo 5/06/14).

A reunião extraordinária é realizada no final do mês de fevereiro com 28 presentes. Não é composta uma chapa para disputar a eleição. Os nomes vão surgindo, indicados pelos presentes. A eleição acontece por aclamação. São eleitos quatro conselheiros, com os respectivos suplentes. O tema eleições aparece novamente na reunião do mês de maio, que debateu o papel da Comissão Local, ficando acordado o acerto do calendário eleitoral com nova posse dos eleitos em julho.

REDE DE CONEXÕES

As entidades parceiras da Comissão Local de Saúde **A** são a Pastoral da Saúde da igreja Santo Inácio Loyola, creche Recanto do Menor, Obras Sociais Pavonianas - entidade filantrópica cristã, a Escola Estadual e o grupo de voluntárias. As reuniões dessa Comissão Local são realizadas no espaço cedido pelas Obras Pavonianas. Vale destacar o forte relacionamento com entidades ligadas a Igreja Católica. Durante o período da pesquisa estiveram presentes às reuniões representantes da creche, da Escola Estadual e do grupo de voluntárias.

Já as Comissões Locais **B** e **C**, localizadas em Distritos Sanitários diferentes, mas com o mesmo perfil - IVS muito elevado risco, possuem entidades parceiras semelhantes: o Programa Fica Vivo (SEDS/MG, 2003), o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS (SUAS, 2004), o Programa Mediação de Conflitos (SEDS/MG, 2005) o Projeto Providência (ASSOCIAÇÃO PROJETO PROVIDÊNCIA, 1990), as Escolas Estaduais e as Igrejas Católicas e Evangélicas da comunidade.

Participam aqui na reunião pessoas de entidades que trabalham com a comunidade: Fica Vivo, Mediação de Conflitos, CRAS. A participação das entidades é muito importante! (Diário de Campo, 27/02/14).

Apesar de serem constantemente citadas nas reuniões das Comissões Locais **B** e **C**, e de estarem presentes no território, o que se verifica é a ausência dessas entidades nessas mesmas reuniões. Assim, constata-se a falta de comunicação entre as entidades e as Comissões Locais, não conseguindo articular a oferta de serviços e ações de proteção. É como se os parceiros não tivessem sido apresentados. Dessa

forma, a rede de proteção social tecida pelo Estado, entidades filantrópicas e religiosas visando unir esforços contra as iniquidades sociais, nas áreas de vulnerabilidade e risco social, não se estabelece.

Chegou uma equipe nova! Precisamos interagir! Precisamos conhecer os parceiros! (Diário de Campo, 5/06/14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as Comissões Locais de Saúde do SUS/BH como espaços de ampliação da democracia. Todavia, tem-se a clareza que analisar 3 Comissões, em um universo de 147 Comissões Locais, constitui-se uma limitação do estudo apresentado. Ainda assim, ao analisar as dimensões dinâmicas de participação e deliberação, conteúdo dos debates e redes de conexões, este artigo contribui para o conhecimento do *modus operandi* das Comissões Locais de Saúde. Vale ressaltar que o estudo de espaços públicos participativos institucionalizados na Atenção Primária à Saúde, ainda constitui-se em linha de pesquisa incipiente. Dessa maneira, é importante o desenvolvimento de novos estudos sobre esses espaços participativos, por meio das dimensões aqui analisadas.

São espaços públicos ainda incipientes, com alto grau de informalidade e enfrentam inúmeras dificuldades para se organizarem. Contudo, possuem, ao mesmo tempo, a capacidade de reunir aqueles que serão afetados pelas políticas públicas, e conseqüentemente, são capazes de beneficiar não só os conselheiros, mas, principalmente, os cidadãos das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde.

Como resultado do processo democrático, ainda que de maneira tímida e desorganizada, destaca-se o fluxo de informações horizontal, que através das discussões, possibilita acompanhar e fiscalizar as políticas públicas, indo além do setor saúde, visando a redução das iniquidades sociais. Nesse sentido, acerta a Reforma Sanitária ao preocupar-se em assegurar tanto o direito à saúde quanto o direito à participação no poder.

Por isso, o SUS, através da APS, tem o dever de fomentar, seja por meio de divulgação, fornecimento de estrutura física e administrativa, mobilização e interação dos atores estatais, espaços públicos que possibilitem a integração social de populações tradicionalmente marginalizadas, objetivando não só o adensamento das redes locais e de suas conexões, mas também, a conquista de serviços públicos de melhor qualidade e em tempo adequado.

Finalmente, deve-se observar que apesar das dificuldades relatadas, esses fóruns, ao permitirem que todos se expressem no processo decisório, possibilitam o desenvolvimento de habilidades e arranjos democráticos pelos cidadãos. Ao discutirem sobre temas que afetam suas vidas e decidirem por meio de acordos, destacam-se como espaços públicos verdadeiramente democráticos, caracterizando-se como espaços de ampliação da democracia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. R. Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos municipais de saúde no Brasil. In: AVRITZER L. (org). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p.129-174.

ASSOCIAÇÃO PROJETO PROVIDÊNCIA. **Projeto Providência**. 1990. Disponível em: <
<http://arquidiocesbh.org.br/site/atuacao.php?menu=%C3%81rea%20Social&id=629>
>. Acesso em: 26 jun. 2014.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, São Paulo, v. 50, p. 25-46, 2000.

------. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES R.R.C. (org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. p. 13-24.

BELO HORIZONTE. Lei nº 5.903, de 3 de junho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Município**, jun. 1991.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciêns Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 7-16, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

----- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, 31 dez. 1990.

----- **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. Rio de Janeiro: Lemos editorial, 1997. p. 93-111.

COELHO, V. S. P. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e políticas de saúde. In: PIRES R. R. C. (org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. p. 279-95.

COELHO, V. S. P.; FERRAZ, A. S.; FANTI, F. et al. Mobilização e participação: um jogo de soma zero. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 86, p. 121-139, 2010.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, mai. 2012.

CÔRTEZ, S. M. V. Introdução: atores, mecanismos, e dinâmicas participativas. In: CÔRTEZ, S. M. V. (org). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-39.

DRYZEK, J. S. Legitimidade e economia na democracia deliberativa. In: COELHO, V. S. P; NOBRE M. (org). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 41 -62.

FUNG, A. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In: COELHO, V. S. P; NOBRE M. (org). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 173-209.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

------. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, São Paulo, v. 36, p. 39-54, 1995.

MENDONÇA, R. Convicção na democracia é recorde, mostra pesquisa. **Jornal Folha de S. Paulo**, São Paulo, 30 mar. 2014. 30 A4.

M.S - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2006. Disponível em: < <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf> >. Acesso em: 30 jun. 2014.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. **Saúde Debate**, v. 84, n. 34, p. 47-55, 2010.

NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO V. S. P; NOBRE M. (org). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 21-40.

OLIVEIRA, A. M. C. **Vigilância sanitária, participação social e cidadania**. 2010. 198 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciêñ Saúde Colet**, v.18, n.8, p. 329-38. 2013.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (org). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 39-82.

SEDS/MG - SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL. **Programa de Controle de Homicídios Fica Vivo**. 2003. Disponível em: < https://www.seds.mg.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=283&Itemid=117 >. Acesso em: 16 jun. 2014.

------. **Programa Mediação de Conflitos**. 2005. Disponível em: < https://www.seds.mg.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=285&Itemid=119 >. Acesso em: 26 jun. 2014.

SMSA/BH - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2007**. 2008. Disponível em: < http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf >. Acesso em: em 17 mai. 2014.

SUAS - Sistema Único de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

SLU - SUPERINTENDÊNCIA DE LIMPEZA URBANA DE BELO HORIZONTE. **Agente Comunitário de Limpeza Urbana**. 2013. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=slu&tax=22326&lang=pt_BR&pg=5600&taxp=0>. Acesso em: 17 mai. 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WAMPLER, B. Transformando o Estado e a sociedade civil por meio da expansão das comunidades – política, associativa e de políticas públicas. In: AVRITZER L. (org). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 394-439.

COLABORADORES

AMC Oliveira participou da concepção, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; SG Dallari participou da revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada do artigo.

4.3 AJUSTES NORMATIVOS

O artigo apresentado anteriormente discute a validade dos parâmetros destacados por BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN (2013), ou seja, a paridade entre os representantes dos usuários e demais segmentos e o caráter deliberativo, visando analisar as Comissões Locais de Saúde na perspectiva da ampliação da democracia. Nesse sentido, uma das questões que orientaram a discussão no artigo anterior se baseia na necessidade de afirmação das Comissões Locais de Saúde como porta de entrada preferencial da população para a participação e, nesse contexto, questiona-se se a inclusão de novos atores sociais, por meio do envolvimento das comunidades, estaria sujeito ao princípio da paridade? Outra questão levantada é sobre a compreensão do caráter deliberativo posto pela Lei 8.142 (BRASIL, 1990). Deliberar é a decisão em si? Deliberar é o processo de formação da vontade geral que leva à decisão?

O CMSBH foi pressionado pela Promotoria da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, que através de ofício apresentou recomendações para a readequação do Regimento Interno do Conselho Municipal. Essas recomendações foram baseadas na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Dessa maneira, após constituir uma comissão especial de trabalho, eleita em plenário, aprovou em 11/06/2014 o novo Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Em 03/07/2014, aprovou o Regimento Interno dos Conselhos Distritais de Saúde e o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde, promovendo assim, uma atualização de suas bases normativas. Pode-se dizer que o CMSBH estaria em busca do desenho institucional adequado (Cohen, citado por AVRITZER, 2011).

O Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde regula as atividades e atribuições dessas comissões. CUNHA et al. (2011) destacam que o desenho institucional tem grande relevância na efetividade dos conselhos. Nesse sentido, os regimentos estabelecem que as Comissões Locais funcionaram em caráter

permanente, propositivo, **discursivo** e fiscalizador (o destaque é nosso). Estabelece ainda, que as comissões são órgãos colegiados vinculados aos Conselhos Distritais de Saúde. Importante observar que o poder deliberativo ou a competência para deliberar, afirmada no Regimento Interno e nos Estatutos analisados (ver pg. 69) foram substituídos pelo caráter discursivo.

Dessa forma, fica evidente a evolução da compreensão pelo CMSBH, do sentido da deliberação, pelo menos no que diz respeito a esta instância do controle social do SUS/BH, passando a valorizar a discussão sobre a decisão propriamente dita, validando assim, todo o entendimento apresentado por esta Tese no debate proposto pelo artigo apresentado anteriormente.

Além disso, o Regimento Interno Unificado das Comissões no seu artigo 7º esclarece (CMSBH, 2014, p. 2):

A Comissão Local de Saúde **não é paritária** e será composta pelo gestor da unidade, trabalhadores lotados na unidade de saúde de referência, sendo garantida a participação de trabalhadores cedidos ou temporariamente lotados em outros setores da PBH; bem como **todos os usuários residentes e domiciliados na área de abrangência** da unidade de saúde, mediante a apresentação de comprovante de residência (o destaque é nosso).

Dessa maneira, o Regimento Interno Unificado das Comissões oficializa o entendimento apresentado por essa Tese de que a inclusão de novos atores sociais, por meio do envolvimento das comunidades, é superior ao princípio da paridade. Consequentemente, a Comissão Local de Saúde não apresenta um número predeterminado de conselheiros. Nesse sentido, o Regimento Interno Unificado avança, pois, além de reconhecer que a reunião da Comissão Local de Saúde é aberta à comunidade, oferece a todos os presentes o direito à voz e ao voto, legitimando-os como Conselheiros Locais de Saúde.

Assim, aquele momento democrático pontual, quando da realização das Conferências Locais de Saúde (ver artigo I, p. 49), onde todos têm direito a voz e ao voto, é incorporado ao cotidiano das Comissões Locais de Saúde. Dessa forma, o

processo participativo local passa a oferecer a todos os participantes as mesmas oportunidades, aproximando as Comissões Locais da esfera pública vislumbrada por HABERMAS (1995), onde a sociabilidade horizontal dos cidadãos funcionaria como fonte importante para a legitimação discursiva de decisões.

Importante ainda destacar, que esses ajustes normativos foram realizados após a fase da pesquisa de campo que originaram o I e o II artigo desta Tese, comprovando o acerto e sensibilidade dessa pesquisa. O III artigo, apresentado a seguir, expõe o cotidiano da participação social no contexto da Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva da representação social dos Conselheiros Locais de Saúde, sendo regulado pelo Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde.

4.4 ARTIGO III

Participação social no contexto da Atenção Primária à Saúde: motivação e efetividade

Social participation in the context of Primary Health Care:
motivation and effectiveness

Ana Maria Caldeira Oliveira¹

Sueli Gandolfi Dallari²

RESUMO

As Comissões Locais de Saúde - CLS, em cada Unidade Básica de Saúde - UBS, constituem-se espaços participativos do SUS Belo Horizonte, mais próximos da população. O objetivo do estudo é identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar, analisando, também, o impacto da prática participativa exercida pelas CLS na dinâmica de funcionamento das UBS. Foram entrevistados 21 Conselheiros Locais utilizando a técnica de entrevistas baseada em roteiro semiestruturado, sendo os dados analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Verificou-se nos discursos dos usuários a ideia de participação como meio de acesso da população ao funcionamento da UBS e da própria CLS. Esse segmento reconhece as melhorias advindas das CLS. Os trabalhadores justificam sua participação baseando-se nos princípios da Atenção Primária à Saúde, mas não reconhecem as melhorias resultantes das CLS. Já os gestores, através de uma participação compulsória, demonstram preocupação com a realidade da comunidade, e nesse sentido, percebem a importância desse fórum para os usuários.

Descritores: Participação Social; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

The Local Health Commissions - CLS in each Basic Health Unit, constitute participatory spaces of the Belo Horizonte'SUS, closest to the population. The objective is to identify and analyze the factors that influence and affect the decision to participate, also analyzing the impact of participatory practice exercised by CLS in the working dynamics of the Units. 21 local counselors were interviewed, using the interview technique based on semi-structured script, and the data analyzed by the technique of collective subject discourse. It was found in the speeches of users the idea of participation as the population access through the operation of the unit and the very CLS. This segment recognizes the resulting improvements in CLS. Workers justify their participation based on the principles of primary health care, but do not recognize the improvements of CLS. As for the managers, through a compulsory participation, they showed concern for the reality of the community, and in that sense, realize the importance of this forum for users.

Keywords: Social participation; Primary Health Care; Health Policy.

1 Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP. Fiscal Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena, 2336 - Térreo - Funcionários. CEP 30.130-007. Belo Horizonte, MG. Brasil. E-mail: amcoliveira@usp.br

2 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Livre Docente. Professora Titular do Departamento de Práticas de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo 715. CEP 01.246-904. São Paulo, SP. Brasil. E-mail: sdallari@usp.br

INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, preconizava a participação comunitária em diferentes momentos do planejamento e da implementação da atenção à saúde. Essa conferência compreendeu a saúde como direito humano fundamental baseado em um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde - APS seria a base para um novo modelo de atenção à saúde, tendo a capacidade de reorganizar sistemas de saúde (OPAS/OMS, 1978).

A Atenção Primária pode ser entendida como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (M.S, 2006, p. 10). Cabe destacar que, no Brasil, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS passou a ser designada por Atenção Básica à Saúde.

Em Belo Horizonte, a Atenção Primária à Saúde é composta pela rede de Unidades Básicas de Saúde - UBS, e se organiza a partir da definição de territórios sobre os quais as UBS devem ter responsabilidade sanitária (SMSA/BH, 2008). Tem entre seus princípios a universalidade, a integralidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, o vínculo e a participação da comunidade (BRASIL, 2006). Dessa maneira, os serviços da APS devem ser orientados para a comunidade, através do conhecimento de suas necessidades de saúde, o que impõe seu envolvimento e participação nas decisões sobre a saúde da coletividade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

O Programa Saúde da Família - PSF, reconhecidamente a principal modalidade de atuação na APS, foi implantado em Belo Horizonte em 2002. Atualmente, o município possui uma população de 2.385.639 habitantes e conta com 83% de cobertura do PSF, por meio de 147 Unidades Básicas de Saúde e 583 Equipes de Saúde da Família (SMSA/BH, 2014). As Equipes de Saúde da Família realizam ações para o acolhimento dos usuários nas UBS através do atendimento programado a crianças, adultos e idosos, além do atendimento à demanda espontânea. Desenvolvem ações de assistência médica e odontológica, puericultura, pré-natal, assistência farmacêutica, vacinação, curativos, marcação de consultas especializadas, coleta de exames laboratoriais, entrega de resultado de exames e eletrocardiograma (SMSA/BH, 2012).

Desse modo, é fácil perceber que as Unidades Básicas de Saúde representam um espaço de encontro entre os usuários, os profissionais de saúde, os gestores e a comunidade. E, nesse sentido, é que foram criadas as Comissões Locais de Saúde em cada UBS, constituindo-se espaços participativos do Sistema Único de Saúde - SUS/BH mais próximos da população. As Comissões Locais têm como atribuições propor, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas de saúde no âmbito da área de abrangência da UBS (CMSBH, 2014).

Um dos principais atributos da Atenção Primária é constituir-se como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, visando garantir a resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância dentro do território (M.S, 2006). Para tanto, o primeiro requisito é que o serviço de Atenção Primária seja acessível à população. As Comissões Locais de Saúde, assim como as UBS, também precisam se afirmar como porta de entrada preferencial da população, devendo estar acessível à população, objetivando a participação.

Por isso, a inclusão de novos atores sociais, por meio do envolvimento da comunidade, não está sujeita ao princípio da paridade. Segundo o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde a comissão não é paritária, sendo composta pelo gestor da unidade, trabalhadores lotados na unidade de saúde, e por todos os usuários residentes e domiciliados na área de abrangência da UBS (CMSBH, 2014). As reuniões da comissão são abertas à comunidade e todos os

presentes têm direito à voz e ao voto. Dessa forma, a comissão não apresenta um número predeterminado de conselheiros. Já a Mesa Diretora da comissão, eleita anualmente pelo Plenário, é composta paritariamente por quatro membros: dois representantes de usuários, um representante dos trabalhadores e o gestor da unidade de saúde. Tanto as Comissões Locais, quanto o Conselho Municipal de Saúde foram institucionalizados pela Lei Municipal 5.903/91.

Nesse contexto, verifica-se que as Comissões Locais de Saúde representam um espaço público inovador, com características próprias. Tais características valorizam a ampliação da esfera pública como elemento da democracia. O objetivo deste estudo é identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar, analisando, também, o impacto da prática participativa exercida pelas Comissões Locais de Saúde na dinâmica de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo empírico descritivo com abordagem qualitativa. Um estudo de caso único envolvendo mais de uma unidade de análise (YIN, 2010). A seleção das unidades de análise foi realizada a partir de um convite feito aos Conselhos Distritais de Saúde de Belo Horizonte para participarem da pesquisa, indicando sua Comissão Local de Saúde mais atuante. Dois, dos nove Conselhos Distritais, Leste e Centro-Sul, responderam prontamente ao convite. As Comissões Locais indicadas possuem Índice de Vulnerabilidade Social - IVS (SMSA/BH, 2008) opostos: muito elevado risco e baixo risco, respectivamente. O IVS, criado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMSA associa indicadores de base populacional, tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como mortalidade infantil, estratificando a população em baixo, médio, elevado e muito elevado risco. Para compor a pesquisa, foi selecionada uma Comissão Local com IVS muito elevado risco, pertencente ao Distrito Sanitário Centro-Sul, totalizando 3 unidades de análise.

Foram entrevistados 21 Conselheiros Locais de Saúde utilizando a técnica de entrevistas baseada em roteiro semiestruturado. Em cada Comissão Local selecionada, foram entrevistados 7 conselheiros: o gestor, representantes dos usuários

e representantes dos trabalhadores da saúde, escolhidos devido à presença frequente nas reuniões. Como técnica complementar, foi utilizada a observação participante com a adoção de um Diário de Campo. A pesquisa foi realizada no período compreendido entre os meses de fevereiro a julho de 2014, sendo aprovada pela Plataforma Brasil, CAAE: 18186813.6.3001.5140.

Os dados obtidos com as entrevistas foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, que a partir de uma estratégia discursiva busca tornar mais clara uma dada representação social. Foram identificadas as expressões-chave, que são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descrevem seu conteúdo. As ideias centrais, que são formulações sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente no material e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos que tem sentido semelhante ou complementar e, então, construídos os Discursos do Sujeito Coletivo. Importante destacar que, para a construção do painel de discursos, optou-se pela identificação das expressões-chave e das ideias centrais por segmento de participação nas Comissões Locais de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MOTIVAÇÃO

Com a finalidade de identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar utilizou-se a seguinte questão aberta: Você decidiu ser Conselheiro Local de Saúde, não é mesmo! Como foi isso? Conta pra gente!

Tabela 1- Síntese de ideias centrais

	Segmento dos Usuários
A	Participar do dia-a-dia do trabalho do posto de saúde
B	Participar para conhecer e informar
C	Participar para reivindicar
D	Participar para lutar pelo direito à saúde

E	Dificuldades na participação
	Segmento dos Trabalhadores
F	Trabalhar na unidade e fazer parte da comunidade
G	Participar para ajudar o próximo
H	Inerente à profissão
I	Fazer parte do processo
J	Participar no espaço de tomada de decisões
K	Dificuldades na participação
	Segmento de Gestores
L	Participar para melhorar a realidade onde você trabalha
M	Gosto em participar

Segmento dos Usuários

A- Participar do dia-a-dia do trabalho do posto de saúde

DSC- A gente tá participando do dia-a-dia do posto de saúde e da comissão local, a gente vê o desenvolvimento do trabalho e até mesmo o porquê dessa comissão. Os moradores, todos eles, podem vir e participar. Tem palavra! Eles podem falar o que sentem [...]! Tem pergunta, tem resposta, tudo direitinho... aqui dentro, na hora da reunião.

B- Participar para conhecer e informar

DSC- Quando se trata da saúde é bom a gente tá participando! Porque a gente participando... se uma pessoa te pergunta o que ocorreu lá (na comissão local), o que está acontecendo na saúde, a gente pode explicar pra ela. E se a gente não tá participando, a gente não pode falar nada, por que a gente não sabe, não tá por dentro do assunto.

C- Participar para reivindicar

DSC- É mais fácil a gente tá assistindo as reuniões e quando a gente precisa de fazer uma reivindicação... é mais fácil, né... porque você tá sabendo de tudo que está passando ali. Nesse caso, eu tive desejo de participar pra pedir melhorias [...]. Eu tenho as minhas limitações... que eu não sei escrever muito

bem [...]. Mas eu gosto demais de participar! E a gerente é uma pessoa assim, né... muito amiga e tudo [...] gosta de conversar com a gente e de explicar, o que é melhor! Ensinar, né... porque a gente é novo, não na idade, mas no que a gente tá fazendo. Ela não, ela senta e explica pra gente, e isso faz muita diferença!

D- Lutar para assegurar o direito constitucional

DSC- Eu acredito que tudo isso já é uma conquista (o SUS), mas se não tiver uma luta, você conquista... mas você não leva. Então, primeiro você tem que lutar... mesmo que já seja um direito assegurado na constituição [...]. Cada comunidade tem que se unir pra buscar pra si [...] o que realmente acha que é bom. Não só pra você, pra meia dúzia de pessoas, mas pra toda a comunidade, porque a comunidade é muito carente desse atendimento.

A Declaração de Alma-Ata idealizava a Atenção Primária à Saúde como atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, pressupondo a democratização dos conhecimentos (OPAS/OMS, 1978). Dessa maneira, o discurso do sujeito coletivo do grupo A destaca a noção de esfera pública aberta a todos que desejarem participar, tendo direito à voz. Os teóricos deliberativos observam como verdadeiramente democrático a possibilidade de todos os participantes se expressem no processo decisório, através da formação de opiniões e das vontades.

As Comissões Locais de Saúde são fóruns abertos a todos os interessados, com direito à voz e ao voto, e dessa maneira, realizam a proposta da Reforma Sanitária no sentido de “transformar todos os beneficiários da política de saúde em voz e voto” (LABRA, 2009, p. 183). Entretanto, o sujeito coletivo A chama a atenção somente para o direito à voz. Esse fato pôde ser explicado com a utilização da técnica de observação participante, que observou a prática de tomada de decisões por meio de acordos, não sendo frequentes as votações. Nesse sentido, Costa e Vieira (2012) observam como a habilidade mais importante de um conselheiro a capacidade de negociação, visando à construção de consensos.

Segundo o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde (CMSBH, 2014), faz parte das atribuições dos Conselheiros Locais acompanhar e fiscalizar os serviços prestados pela UBS, além de propor melhorias. Damasceno (2010) destaca que para o exercício do Controle Social é imprescindível o

conhecimento sobre a dinâmica dos serviços de saúde. Dessa forma, o sujeito coletivo do grupo B percebe a participação como instrumento para se obter conhecimento e informação. Ou seja, a participação como modelo de empoderamento visando à conquista de saberes para intervir nas decisões que afetam a vida da comunidade (Perez et al citado por BISPO JÚNIOR e MARTINS, 2014).

O sujeito coletivo C reconhece “*Eu tenho as minhas limitações... que eu não sei escrever muito bem [...]*”. Assim, constata-se o progresso no sentido de conceder a palavra àqueles com menor escolaridade e menos conhecimento técnico, promovendo a inclusão de grupos sociais tradicionalmente excluídos dos processos políticos (COELHO, 2004). Quanto a preocupação “*A gente é novo, não na idade, mas no que a gente tá fazendo*” Pateman (1992) afirma ser a participação responsável por promover e desenvolver as qualidades que lhe são necessárias: quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo.

Esse sujeito coletivo valoriza a participação da gestão, representada por uma gerente disposta a “*conversar, explicar e ensinar*” e de acordo com esse sujeito “*isso faz muita diferença*”. Côrtes (2009) ressalta que os atores estatais são decisivos na definição das condições de funcionamento dos conselhos. Por se tratar de fóruns onde a relação entre os atores é marcadamente assimétrica, cabe aos gestores públicos divulgar as atividades dos fóruns e garantir a disponibilidade de recursos e informações para a realização dessas atividades (COELHO, 2011).

Ainda segundo o sujeito coletivo do grupo C, participar das reuniões seria uma maneira de manter-se informado. Nesse sentido, uma das atribuições da Comissão Local de Saúde é exatamente “*manter-se informado sobre os projetos que dizem respeito ao setor saúde na área de abrangência da UBS*” (CMSBH, 2014, p. 2), facilitando reivindicações que objetivem a melhoria do serviço, das condições de vida e saúde da comunidade. Giovanella et al. (2009) percebem a Atenção Primária à Saúde não só como estratégia capaz de organizar o sistema de saúde, mas também, capaz de responder as necessidades da população, o que exige o entendimento da saúde como direito social.

Nesse contexto, o sujeito coletivo do grupo D vê o Sistema Único de Saúde - SUS como uma conquista. Realmente, ao celebrarmos em 2013 os 25 anos da Constituição Federal de 1988, comemoramos um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais e à cidadania. A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito fundamental do ser humano e vinculou sua obtenção às políticas sociais e econômicas, objetivando a redução do risco de agravos, bem como a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, destinados não só à sua recuperação, mas também à sua proteção e promoção. Pode-se dizer que essas conquistas são fruto da “luta” do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, a Constituição Federal de 1988 e a normas infraconstitucionais que a seguiram, concretizaram os princípios doutrinários e as estratégias organizacionais propostos pela Reforma Sanitária em uma base legal e normativa (FLEURY, 1997). Apesar da inequívoca importância dessas conquistas, vários autores têm observado que os fundamentos positivados nas normas encontram-se distanciados do ‘mundo da vida’, na experiência brasileira (FLEURY, 1997; CÔRTEZ, 2009; LOBATO, 2009).

Não é à toa que esse mesmo sujeito coletivo fala da necessidade de “*lutar... mesmo que já seja um direito assegurado na constituição*”. A diretriz da participação da comunidade na área da saúde foi inscrita no artigo 198 da Constituição de 1988, como uma das premissas para a democratização do país. A ideia era de que a sociedade participasse e se responsabilizasse pelas decisões, asseverando a preservação dos interesses coletivos, levando a um nível crescente de politização com gradativa ampliação da consciência sanitária, ou seja, da consciência sobre o direito à saúde e sobre a cidadania (COSTA, 2009).

Se por um lado, constata-se que a construção da “Constituição Cidadã” não foi capaz de reduzir as iniquidades sociais, por outro, caberia questionar se a cidadania, bandeira de inclusão da democracia brasileira, não tem se restringido à igualdade jurídica e formal, não tendo alcançado o caráter transformador proposto pela Reforma Sanitária (LOBATO, 2009).

E-Dificuldades na participação

DSC- Eu acho também, que a idade vai chegando e a gente vai cansando e a gente também vai ter que sair, né. Mas enquanto não tiver outros pra por no lugar, porque os novos, os rapazinhos novos, não estão interessados. Se nós que estamos aqui sairmos, pode falar que vai acabar!

Esse discurso revela a existência de um sentimento de desinteresse da população pelas práticas participativas (BISPO JÚNIOR e MARTINS, 2014). Dessa forma, constata-se a fragilidade da base social necessária ao funcionamento do modelo participativo, em função da inexistência de um mínimo de organização da população (ANDRADE, 2010). Segundo Labra (2009, p. 177), “ainda não se pode afirmar que os cidadãos se envolvem de forma importante e generalizada nas questões de interesse comum, são solidários confiantes e tolerantes e se engajam em organizações cívicas que incorporam e reforçam esses valores”. Nesse contexto, Serapioni (2013) ressalta a avaliação dos 30 anos após Alma-Ata, que elenca como importante desafio o deficitário envolvimento das comunidades na área da saúde, principalmente, das comunidades mais pobres.

Com a expressão “*a idade vai chegando*” o sujeito coletivo do grupo E chama a atenção para o perfil do segmento usuário: tem-se a prevalência do sexo feminino e faixa etária média de 60 anos.

Segmento dos Trabalhadores

F-Trabalhar na unidade e fazer parte da comunidade

DSC- Decidi ser conselheiro local de saúde devido à importância do conselho pra comunidade. Trabalho na unidade e faço parte dela (comunidade), sou ACE, Agente de Combate a Endemias. Daí meu interesse em tá participando da reunião e ser Conselheiro Local de Saúde.

G- Participar para ajudar o próximo

DSC- Eu trabalho aqui de ACS (Agente Comunitário de Saúde) já tem 11 anos, né. Desde que eu entrei aqui, eu tenho mania de ajudar as pessoas. Então, na reunião [...] eu comecei a vir e continuei a vir, e acabei fazendo parte. De vez em quando, eu trago demanda... porque eles não estão satisfeitos com a situação, discuto, convido pessoas pra vir. Eu acho bom participar porque meu alvo é trabalhar de perto, não é só pra ganhar dinheiro, é pra ajudar meu próximo.

H-Inerente à profissão

DSC- Ahh!... eu acho que isso é inerente a profissão! Eu tô aqui na Unidade Básica de Saúde... uma Comissão Local, com participação da comunidade... eu quero participar! Eu tenho que participar! Eu entendo que é pelo contato com a população que é atendida aqui. Eu acho que isso é bem próprio da gente, enquanto assistente social. Comissão Local... é importante tá junto!... tá participando!... tá escutando!

I-Fazer parte do processo

DSC- Decidi participar porque eu faço parte do sistema de saúde, da comunidade! Eu pertença à comunidade como médica dela, eu faço parte da equipe de saúde, né. Então, não tem como eu me abster, eu faço parte do processo!

J-Espaço de tomada de decisões

DSC- Eu decidi participar porque a Comissão Local... ela toma decisões, né... em relação aos problemas que a gente detecta, tanto na comunidade, quanto dentro do centro de saúde, e direciona as soluções. E como eu sou enfermeira do PSF, tenho contato diário com a comunidade, aqui no centro de saúde e nas visitas domiciliares. Então, eu achei que era imprescindível a minha presença, a minha colaboração, aqui na comissão.

Oliveira e Marcon (2006) destacam que o controle social na APS apresenta especificidades, pois deve ser exercido pelos profissionais que atuam diretamente no território, e por tanto, que vivenciam a realidade local dos usuários. Mais que isso, os discursos do sujeito coletivo F e G revelaram a presença do ACE e do ACS, Conselheiros Locais de Saúde com duplo vínculo, ou seja, são ao mesmo tempo trabalhadores da saúde e moradores do território, fazendo parte da comunidade. Dessa maneira, comprova-se a inter-relação equipe/comunidade/família essencial para o desenvolvimento das atividades da APS (OLIVEIRA e MARCON, 2006).

Todavia, cabe destacar que na Comissão Local de Saúde, esses conselheiros, representantes do segmento trabalhador, não se confundem com os representantes do segmento dos usuários, pois o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde (CMSBH, 2014) considera usuário o cidadão que não possua vínculo empregatício direto ou indireto com a rede SUS/BH.

Através da expressão “*De vez em quando, eu trago demanda... porque eles não estão satisfeitos com a situação, discuto, convido pessoas pra vir*”, o sujeito coletivo G demonstra o quão estreitas são as diretrizes do trabalho em equipe e da participação social. Segundo Crevelim e Peduzzi (2005) essas diretrizes são ao mesmo tempo consequência e expressão das relações entre a população de referência, o serviço e a equipe. Entretanto, ao associar sua participação na Comissão Local como uma ajuda ao próximo, o sujeito coletivo G entende o Controle Social como prática caritativa. Vale ressaltar que as diretrizes do PSF orientam a participação e o Controle Social como estratégia para se alcançar os princípios do SUS (OLIVEIRA e MARCON, 2006). Entretanto, o que se verifica é o SUS entendido como ação de filantropia, contrariando a premissa da saúde como direito social e de cidadania.

O Ministério da Saúde (2006) considera atribuição comum a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o Controle Social. Dessa maneira, o sujeito coletivo dos grupos H, I e J revelaram a participação nas Comissões Locais dos profissionais assistente social, médico e enfermeiro. A concepção da APS no Brasil preconiza a adoção de um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional, que trabalhe com a definição de território, adscrição de clientela, cadastramento e o acompanhamento da população residente na área de abrangência.

Nesse sentido, pesquisa realizada por Giovanella et al. (2009), no município de Belo Horizonte, revelou que 85% das famílias cadastradas buscam o mesmo serviço de saúde para a assistência ou prevenção, comprovando os princípios de responsabilização pela população adscrita e o vínculo existente entre os usuários, os trabalhadores de saúde e o serviço da APS.

Não é à toa que o sujeito coletivo do grupo H valoriza a participação por propiciar um contato com a população de referência. “*Comissão Local... é importante tá junto!... tá participando!... tá escutando*”! Assim, a equipe de saúde deve atuar como mediadora no processo participativo, escutando a comunidade no

momento em que ela manifesta suas vontades e opiniões, estimulando-a a tomar decisões objetivando o bem comum (DAMASCENO, 2010).

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupo K reconhece a importância da Comissão Local, exatamente, como espaço de tomada de decisões. Ou seja, uma esfera pública democrática, onde grupos organizados influem e decidem sobre ações governamentais necessárias ao bem-estar da coletividade. Desse modo, compete aos Conselheiros Locais discutir e buscar soluções para os principais problemas assistenciais e estruturais da comunidade (BISPO JÚNIOR e MARTINS, 2014), na esfera pública Comissão Local de Saúde. Já o sujeito coletivo do grupo I revela um sentimento de pertencimento à comunidade. *“Eu pertenço à comunidade como médica dela”*. Gurza Lavalle e Isunza Vera (2011) observam na participação o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, não apenas fortalecendo a formação de identidades políticas, mas também, legitimando as instituições políticas.

K- Dificuldades na participação

DSC- Não foi bem eu quem escolheu, acho que fui escolhida! Os representados escolheram os representantes na hora da reunião, não houve candidatura, não houve eu quero [...]. Assim, me torno conselheira por falta de opção... por falta de participação do trabalhador da unidade. E aí vou ficando! Infelizmente (os trabalhadores) são sempre os mesmos.

O sujeito coletivo do grupo K relata uma situação de eleição de Conselheiros Locais de Saúde, representantes do segmento de trabalhadores da saúde. *“[...] na hora da reunião, não houve candidatura, não houve eu quero [...]”*. A técnica de observação participante possibilitou aferir que, no processo eleitoral, nas Comissões Locais acompanhadas, não são compostas chapas. Os nomes vão surgindo indicados pelos presentes, tanto para o segmento dos usuários, quanto para o segmento dos trabalhadores. Importante ressaltar, que a eleição é realizada somente para mesa diretora. Como explicado anteriormente, a Comissão Local de Saúde considera conselheiro todos os presentes nas reuniões, trabalhadores da UBS e usuários pertencentes a área de abrangência da UBS. Nas Comissões Locais acompanhadas os trabalhadores das UBS não são obrigados a participarem das reuniões.

Diferentemente, Bispo Júnior e Martins (2014), ao estudarem os Conselhos Locais de Saúde no município de Vitória da Conquista, detectaram que os profissionais de saúde das UBS são obrigados a participarem das reuniões dos Conselhos Locais. Os autores apuraram também, que grande parte dos profissionais de saúde não se encontra motivada para exercer a participação, entendendo as atividades do Conselho Local como uma atribuição a mais, na sobrecarregada jornada de trabalho. Nesse sentido, o sujeito coletivo K lamenta: os representantes dos trabalhadores “*são sempre os mesmos*”.

Segmento de Gestores

L- Participar para melhorar a realidade onde você trabalha

DSC- A decisão de ser conselheiro é a decisão de poder contribuir, de poder ajudar a melhorar a realidade [...], em conjunto com a comunidade. Melhorar o serviço, melhorar a prestação do serviço e a interação com a comunidade. Tentar a melhoria na vida de todas as pessoas que dependem [...] dessa unidade.

M- Gosto em participar

DSC- Na qualidade de gestora, a gente sempre tem um assento na comissão. Esse é um dos motivos, e outro... é que eu gosto de participar, gosto de estar participando das decisões, gosto de estar conversando com as pessoas, de fazer uma gestão mais democrática. Eu acho que a participação na comissão é muito enriquecedora.

Carvalho e Gastaldo (2008) destacam que em realidades onde as carências e a exclusão social são elementos que determinam a saúde e a qualidade de vida, promover saúde deve ser sinônimo de transformação social em busca de justiça e inclusão. Nesse sentido, o sujeito coletivo L, representante do segmento de gestores, percebe a “*decisão de ser conselheiro como estratégia para melhorar a realidade*”, o que pode ser entendido como o enfrentamento das desigualdades sociais, “*em conjunto com a comunidade*”. Não é à toa que a APS compreende a saúde de maneira indissociável do desenvolvimento econômico e social, propondo o enfrentamento dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Para tanto, a Atenção Primária deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais democráticas e participativas (M.S, 2006). O sujeito coletivo do grupo M concorda com essa ideia e destaca o gosto em participar através do exercício de “uma *gestão mais democrática*”. Coelho (2004, 2011) observa que a atuação da autoridade política é capaz de proporcionar um contexto favorável à mobilização, possibilitando a inclusão de um maior número de cidadãos, promovendo a disseminação de informações, e conseqüentemente, um debate público mais profícuo.

EFETIVIDADE

Buscando iniciar um processo avaliativo, propõe-se analisar o impacto da prática participativa exercida pelas Comissões Locais de Saúde na dinâmica de funcionamento das Unidades Básica de Saúde, a partir das representações sociais dos Conselheiros Locais de Saúde. Nesse sentido, foi feita a seguinte questão aberta: Você percebe alguma melhoria na vida do Centro de Saúde com seu trabalho, aqui na Comissão?

Tabela 2- Síntese de ideias centrais

	Segmento dos Usuários
A	Melhorias para o centro de saúde
B	Melhorias para a comunidade
C	Baixa resolutividade para fora do centro de saúde
D	Dificuldades na participação
	Segmento dos Trabalhadores
E	Dificuldades na participação
F	Participação não cidadã
G	Existe porque está na lei
H	É pequena a diferença
I	Estreita os vínculos

	Segmento de Gestores
J	Reconhecimento da importância da Comissão Local
K	Salto de qualidade

Segmento dos Usuários

A- Melhorias para o centro de saúde

DSC- Eu percebo que sim, porque desde que a gente começou a frequentar aqui... algumas questões a gente conseguiu trazer para discutir dentro do centro de saúde, juntamente com os funcionários, em relação ao funcionamento. Eu acredito que fazer Controle Social nos traz a possibilidade de estar apontando aquilo que pode ser melhorado. Os usuários fizeram sugestões [...] e algumas foram implantadas, ajudou bastante no funcionamento do centro de saúde. Então, essa é uma forma que eu acho que participando... tá trazendo melhoria para a comunidade, uma vez que participando eu tô fazendo com que o centro de saúde melhore.

B- Melhorias para a comunidade

DSC- Talvez a gente não consiga quantificar, mas eu não tenho dúvidas que traz melhorias! Eu acho que tem que ter essa comissão, que ela traz muitos benefícios, que é necessária, importante. Sem ela, seria tudo muito pior, né. Eu não sei dizer, exatamente, aqui pra dentro do centro... mas, pensando na comunidade, eu vejo que traz melhorias pra comunidade. Mas acho também, que muitas coisas não saem do lugar, por exemplo, eu ti falei que eu devo ter vindo aqui umas dez vezes, as dez vezes são as mesmas coisas que a gente tá falando! [...] achei essa discussão dessa capacitação que vai ser feita, que isso vai ajudar, vai começar a nortear, quem sabe agora a gente vai começar a ver melhorias mais concretas.

C- Baixa resolutividade para fora do centro de saúde

DSC- Melhorou bastante, mas eu acho que tem que ter mudanças. Teve coisas que o pessoal tentou agilizar pro centro de saúde e não conseguiu, por exemplo, nós temos uma grande dificuldade [...] com pontos no bairro onde pessoas da comunidade colocam entulhos, né! Uma espécie de bota fora. Em pontos que são fundamentais pro nosso bairro, em frente a Umei (Unidade Municipal de Educação Infantil), em frente ao centro de saúde. A gente fez ofício... encaminhou... mas não conseguimos até hoje uma solução! As pessoas já estão desanimadas porque a gente vai e não consegue nada, uma iniciativa da Comissão Local de Saúde! Eu acho que tem que dar mais poder para os Conselheiros Locais de Saúde e para a comissão, né!

D- Dificuldades na participação

DSC- É muito difícil! Eu falei que hoje tem reunião da comissão! Eu falei... é pra nós, vão lá! A gente convida várias pessoas e não vem ninguém. Tem que ter força e caminhar junto... porque parece que a gente tá muito desunida. Tá um pra cá outro pra lá [...] não tá uma bateria, junto, reunido! Aí fica fraco! E porque que eles não vêm? Preguiça! Preguiça! [...] a gente tem que participar!

O sujeito coletivo do grupo A, representante do segmento dos usuários, percebe as melhorias resultantes do trabalho realizado pela Comissão Local. Segundo esse sujeito, questões discutidas conjuntamente com os trabalhadores resultaram em melhorias na dinâmica de funcionamento do centro de saúde. Crevelim e Peduzzi (2005) concordam com a ideia de que sujeitos sociopolíticos, usuários e trabalhadores, compartilhando saberes por meio da comunicação orientada para o entendimento, são capazes de criar condições propícias para estabelecer um projeto assistencial comum. Esse discurso demonstra, ainda, a consciência do usuário, que ao fazer “*com que o centro de saúde melhore*”, conseqüentemente, “*tá trazendo melhoria para a comunidade*”.

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupo B, apesar de confessar a dificuldade em “*quantificar*” as melhorias trazidas com a existência da Comissão Local de Saúde, afirma não ter dúvidas que ela traz melhorias para comunidade e que “*sem ela seria tudo muito pior*”. Esse pensamento coaduna-se com o de Bahia (2010), que afirma que é muito melhor com a participação social do que sem ela. Do mesmo modo, a autora também destaca a dificuldade de se dimensionar o alcance dos objetivos da participação social.

Entretanto, esse mesmo sujeito coletivo reconhece “*que muitas coisas não saem do lugar*”, e aborda a questão da capacitação como elemento capaz de nortear a dinâmica de funcionamento das Comissões Locais. Se por um lado, Damasceno et al. (2010) acreditam que a APS seja o *locus* apropriado para o desenvolvimento de novas estratégias de capacitação capazes de despertar o interesse pelo Controle Social, por outro, seria necessário superar a crítica de que cidadãos, mesmo passando

por processos de capacitação, não conseguem ter a clareza do que é Controle Social, qual o seu papel e qual é o papel do Conselho (ESCOREL e MOREIRA, 2009).

A efetividade da Comissão Local de Saúde, para fora da Unidade Básica de Saúde, pode ser avaliada através da mediação de ações intersetoriais, visando o enfrentamento de problemas da comunidade. Dessa maneira, o sujeito coletivo C relata uma tentativa de resolução de problema relacionado ao acúmulo de material de bota fora “*em pontos que são fundamentais pro nosso bairro*”. Para Giovanella et al. (2009) a articulação intersetorial é imprescindível para promover saúde através da atuação sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Frustrados com o resultado da iniciativa da Comissão Local, os conselheiros clamam por “*mais poder para os Conselheiros Locais de Saúde e para a comissão*”. Tudo indica que os conselheiros desconheçam que as decisões da Comissão Local de Saúde são apenas parte de um processo maior, complexo, demorado e incerto. Nesse sentido, Labra (2009) comenta que o processo decisório realizado nesses fóruns é entendido como linear, restrito a esse âmbito e sujeito apenas à vontade de gestores, técnicos ou lideranças.

Por fim, o sujeito coletivo D expõe, novamente, as dificuldades da participação relacionada a baixíssima tradição associativa, demonstrando que não ocorre, por parte da população, uma demanda verdadeira por participação, uma vez que essa prática não faz parte da vida cotidiana da grande maioria (ANDRADE, 2010). “*E porque que eles não vêm? Preguiça! Preguiça!*”! Desse modo, constata-se o mais terrível dos paradoxos, uma esfera pública que de portas abertas oferece voz e voto aos cidadãos, mas não consegue persuadi-los a entrar e desfrutar desses direitos democráticos. Nesse sentido, Fedozzi (2009) observa que a apatia popular foi apontada pelos clássicos da *polis* antiga como um dos mais poderosos inimigos da ‘*res publica*’.

Segmento dos Trabalhadores

E- Dificuldades na participação

DSC- Infelizmente não! Eu acho que ainda é muito pequena a participação tanto dos trabalhadores quanto da população. Primeiro, pra população uma dificuldade imensa de ser cidadã... de descobrir os seus direitos! A ideia é muito boa, né... da participação da comunidade no seu próprio processo de saúde, de adoecimento e de solução desses problemas, mas acontece que pela falta mesmo... de educação básica... de autonomia, as pessoas não entendem a amplitude desse processo.

F- Participação não cidadã

DSC- O que eu vejo da população é que eles querem o direito próprio e não o direito coletivo. A maioria está lá porque quer resolver o problema particular, infelizmente é isso. Eles se colocam naquela situação pra ter algum benefício particular, né. Ele quer uma consulta a mais pra ele... por ser da comissão, ele quer passar na frente... por ser da comissão, então eles ainda não tem uma ideia de cidadania, do coletivo.

G- Existe porque está na Lei

DSC- Pra gente que é trabalhador, eu não vejo melhoria pela falta de força que essa Comissão Local tem. Penso que a mobilização junto a comunidade desse grupo que participa, enquanto usuário do centro de saúde, é muito... muito devagar. Acho que falta participação mesmo... mobilizam pouco! Então, a gente fica discutindo, discutindo, falando, falando! A Comissão Local cumpre o papel de existir, porque tá na lei, não tem força política e não há interesse da gestão, não da (gestão) UBS, que tenha força política.

O sujeito coletivo dos grupos F, G e H, representantes do segmento dos trabalhadores da saúde, não percebem melhorias no centro de saúde, resultante do trabalho realizado pela Comissão Local. Para o sujeito coletivo do grupo F a participação de trabalhadores e usuários ainda é “*muito pequena*”. Em relação ao segmento usuário, como elemento dificultador das práticas participativas, esse sujeito observa a “*dificuldade imensa de ser cidadã... de descobrir os seus direitos*”. Nesse sentido, Cohn (2003) ressalta que as práticas de controle público através da participação da sociedade nos Conselhos de Saúde ocorrem numa conjuntura de destituição dos direitos sociais, associado ao altíssimo grau de desigualdade social.

Não é à toa que esse sujeito observa também, a falta “*de educação básica e de autonomia*” por parte da população, o que agrava as dificuldades na participação. Serapioni (2013) relata que parte dos teóricos deliberativos considera que somente

mediante educação os cidadãos podem participar de forma relevante. Assim, as práticas participativas da comunidade teriam como pré-requisito a educação, e paradoxalmente, como diria Arouca (2003), a mesma educação da qual a comunidade já foi excluída.

Em relação à falta de autonomia, o sujeito coletivo do grupo G demonstra o que foi apontado por Escorel e Moreira (2009): a representação nos conselhos apresenta as mesmas características, as mesmas dificuldades e os mesmos problemas da representação político partidária. Dessa maneira, depara-se com práticas clientelistas e fisiológicas e o corporativismo na defesa dos interesses particulares.

“A maioria está lá porque quer resolver o problema particular [...]. Eles se colocam naquela situação pra ter algum benefício particular, né. Ele quer uma consulta a mais pra ele... por ser da comissão, ele quer passar na frente... por ser da comissão, então, eles ainda não têm uma ideia de cidadania, do coletivo”.

Por outro lado, esse discurso também pode ser entendido como a privação de direitos e a exclusão social, percebidas na vida social. Nesse sentido, Moroni (2009, p. 254) adverte que, no Brasil, a universalização da cidadania só será alcançada com a implementação de “políticas reparadoras dos danos causados por anos de exploração, desigualdades, preconceitos e discriminações”. Nesse contexto, a criação de mecanismos institucionalizados de participação, a partir da Constituição de 1988, poderia ser compreendida como “políticas reparadoras”. Dessa maneira, os interesses dos excluídos do processo de decisão, passariam a ser considerados, e os gestores seriam induzidos a tomar decisões levando em conta estes mesmos interesses (CÔRTEZ, 2009).

Paradoxalmente, o sujeito coletivo do grupo G relaciona a existência da Comissão Local de Saúde a uma mera prescrição normativa. “A Comissão Local cumpre o papel de existir, porque tá na lei”. Para Fedozzi (2009), em muitos casos, os conselhos possuem caráter formal, retratando a fragilidade organizativa da sociedade civil local. Além disso, essa característica pode ser reforçada quando as instâncias participativas são criadas a partir de vontades externas à dinâmica real dos

atores locais. Ainda segundo esse sujeito coletivo, a Comissão Local “*não tem força política e não há interesse da gestão, que tenha força política*”. A justificativa apresentada pelos governantes para o não reconhecimento dos arranjos institucionalizados tem origem na dificuldade de convivência entre os princípios da democracia representativa - os representantes foram eleitos pelo voto popular - e os mecanismos da democracia deliberativa - de ampliação do espaço público para a participação (ANDRADE, 2010).

H- É pequena a diferença

DSC- É pequena a diferença! Mas acontece, por exemplo, a gente detecta um problema em relação ao atendimento [...], aí a gente vai e faz um trabalho com a equipe para melhorar essa questão [...]. Tem um resultado positivo. A Comissão Local precisa existir, mesmo com um movimento lento. Então, eu acho que teria que divulgar mais a Comissão Local, o que ela faz... qual o papel dela, qual a importância dela.

I- Estreita os vínculos

DSC- Eu acho que melhora muito a relação entre os usuários e o centro de saúde, no sentido da gente tá ouvindo, né... o usuário, a demanda do usuário, e a gente colocando o nosso papel. Tratar também a questão da saúde do bairro, não só a doença do usuário, mas o meio ambiente em que ele vive [...]. Acho que traz uma proximidade da gente, trabalhador, com a população, vendo um foco mais de problemas da comunidade e não um foco individual. Eu acho que é importante! Estreita mais os laços, os vínculos!

O sujeito coletivo do grupo I constata uma “*pequena diferença*” na vida do centro de saúde, em função do trabalho realizado pela Comissão Local, mas, ainda assim, reafirma a necessidade de a comissão existir. Importante destacar o chamamento que esse sujeito faz para “*divulgar mais a Comissão Local, o que ela faz... qual o papel dela, qual a importância dela*”. Nesse sentido, a 13ª Conferência Nacional de Saúde elencou como problema a baixa ou nula divulgação da existência e das atividades dos Conselhos de Saúde. Por sua vez, Labra (2009) relacionou a baixa adesão da comunidade ao desconhecimento sobre a existência, funcionamento e objetivos dos fóruns participativos.

O sujeito coletivo do grupo J exalta a melhoria na “*relação entre os usuários e o centro de saúde*”, como consequência do trabalho da Comissão Local. Para esse

sujeito a Comissão Local exerceria o Controle Social por meio da escuta ao usuário/cidadão, buscando atendê-lo em suas demandas, ou seja, cumpriria o papel de uma ouvidoria. Além disso, existiria a possibilidade de um olhar ampliado da saúde, abordando a “*questão da saúde do bairro*” indo além da “*doença do usuário*”. Dessa maneira, percebem-se mudanças nas concepções sobre o processo saúde-doença avançando sobre a compreensão dos determinantes e condicionantes da saúde, visando a qualidade de vida. Essa mudança de postura, através de “*um foco mais de problemas da comunidade e não um foco individual*” demanda dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito e no compromisso com as famílias, mediante a criação de vínculo de confiança (OLIVEIRA e MARCON, 2006). Esse sujeito coletivo reconhece essa interação ao afirmar “*estreita mais os laços, os vínculos*”.

Segmento dos Gestores

J- Reconhecimento da importância da Comissão Local

DSC- Eu acho que sim. Acho que apesar da participação ainda não ser muito efetiva, tanto de trabalhadores quanto de usuários, a gente consegue caminhar. Eu falo que ainda é singelo o trabalho, né, o produto. E eu sinto uma satisfação grande em ver a gratificação, principalmente dos usuários, em relação a este trabalho, porque eles sentem! Quando eles percebem que alguma coisa tá caminhando, eles ficam felizes, né. Eu acho que tem um reconhecimento dos usuários da importância da Comissão Local, mais por parte deles do que por parte dos trabalhadores. Sabe... a gente tá cada vez... evoluindo mais, discutindo mais com eles, né. Uma conquista de uma reforma que se faz na unidade, de melhorar um processo de trabalho, um agendamento de consulta, melhorar o número de profissionais dentro da unidade, do lixo que se retira, então, são várias conquistas e a gente vê a satisfação deles.

K- Salto de qualidade

DSC- Acho que deu um salto de qualidade muito grande! Quando a gente não tinha essas reuniões era sempre assim... tá faltando aparelho de pressão, falta médico, era muito na falta. E hoje, eu acho que é mais [...] propositivo. Então, hoje, nas reuniões da Comissão Local, a gente faz uma pauta [...], a gente dá liberdade das pessoas mandarem pautas e a gente discute casos. Casos da comunidade, que são de interesse geral. A gente aborda diversos casos, pede ajuda pra todos os segmentos. E informativo, passamos todos os informes que a gente tem... e acho que saiu daquela queixa. Acho que as pessoas estão mais esclarecidas. A gente explica como que é [...] o funcionamento do sistema,

então eles estão mais participativos, eles entendem mais o que acontece no processo.

O sujeito coletivo do grupo J e K desvelaram as representações sociais do segmento dos gestores, percebendo as melhorias na vida do centro de saúde, em função do trabalho da Comissão Local. O sujeito coletivo do grupo J observa uma participação “tanto de trabalhadores quanto de usuários” não muito efetiva, mas mesmo assim, é capaz de se encantar com “o reconhecimento dos usuários da importância da Comissão Local”, ainda que esta Comissão Local tenha como resultado final um “produto singelo”. Esse sujeito elenca várias conquistas da comissão relacionadas ao cotidiano, às atividades do centro de saúde propriamente dito e, também, de ações realizadas para fora, como “o lixo que se retira”. A evolução da comissão é associada a discussão dos problemas de saúde e da comunidade, com os usuários. Na visão da OMS (2008), formas de participação que proporcionam o diálogo político envolvendo todos os interessados é que tornam os sistemas de saúde mais efetivos.

Já o sujeito coletivo do grupo K vê “um salto de qualidade muito grande”, em relação ao funcionamento da Comissão Local. Segundo esse sujeito, as pautas iniciais baseadas na falta de recursos e na insuficiência de profissionais médicos foram substituídas por pautas que abordam casos do dia-a-dia da comunidade, “casos de interesse geral”, bem como o repasse de informes do centro de saúde. Assim, a Comissão Local evolui de um *status* fiscalizador do funcionamento do centro de saúde, pautado por um enfoque biomédico, para a discussão de casos que contemplam o biopsicossocial. Além disso, “dá liberdade das pessoas mandarem pautas” demonstrando ser possível superar a prescrição unilateral dos interesses do Estado, na elaboração da agenda dos conselhos (TATAGIBA, 2002).

Ainda segundo esse sujeito, a discussão de casos possibilita a elucidação do funcionamento do sistema, e conseqüentemente, “eles estão mais participativos, eles entendem mais o que acontece no processo”. Dessa maneira, espaços públicos participativos e democráticos que proporcionam não só o acesso a informações, mas também, condições favoráveis ao seu entendimento, oportunizam a formação de cidadãos autônomos capazes de interferirem nas políticas públicas visando o bem comum, o interesse coletivo.

Para TATAGIBA (2002), as experiências de participação através de conselhos vêm se apresentando como momentos importantes de aprendizado democrático, no sentido da construção de uma nova cultura política. Os resultados pedagógicos da participação e seus efeitos na formação de novos sujeitos políticos apontam para uma nova tendência em gestação, embora ainda incipiente, diante do padrão prevalente.

CONCLUSÃO

Ao buscar identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar, verificou-se nos discursos apresentados pelo segmento dos usuários a ideia de participação como meio de acesso da população ao funcionamento da UBS e da própria Comissão Local. Ainda que de maneira incipiente, constata-se o envolvimento da comunidade, que a partir de um processo de empoderamento reivindica uma atenção à saúde de qualidade, além da efetivação do direito à saúde no cotidiano dos cidadãos.

Consequentemente, esse segmento demonstra reconhecer as melhorias resultantes do trabalho realizado pela Comissão Local, mesmo que de forma imperfeita, e as relaciona as ações cotidianas da dinâmica de funcionamento da UBS, e aos seus reflexos na vida da comunidade. O estudo apreendeu também, as dificuldades de participação do segmento dos usuários, que podem ser associadas a fatores socioculturais históricos como a falta de tradição participativa e de cultura cívica e a cultura política dominante.

Nesse contexto, o segmento dos trabalhadores, em sua maioria, não percebe as melhorias resultantes do trabalho realizado pela Comissão Local e, apesar de reconhecer como dificuldade a pequena participação dos trabalhadores das UBS nesse fórum, responsabiliza o segmento dos usuários pelo fraco desempenho das Comissões Locais. Todavia, são capazes de justificar a sua participação, por meio de uma equipe multiprofissional, com base nos princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde.

Já os gestores, através de uma participação compulsória, demonstraram preocupação com a “realidade” da comunidade, e nesse sentido, percebem a

importância desse fórum para os usuários. Percebem também, as melhorias na vida do centro de saúde, em função do trabalho da Comissão Local. E diferentemente dos trabalhadores, acreditam que a Comissão Local de Saúde possa fazer diferença, oportunizando a formação de cidadãos autônomos capazes de interferirem nas políticas públicas visando o bem comum, a partir de um “produto singelo”.

Dessa forma, a avaliação da efetividade das Comissões Locais pelos resultados desvelou não só um “produto singelo”, mas também, o histórico de exclusão social sofrido por grande parte da população. Assim, as Comissões Locais de Saúde, mesmo com todas as dificuldades relatadas para a construção desses fóruns, destacam-se como uma das poucas possibilidades de intervenção no círculo vicioso das inequidades sociais.

Por fim, vale observar a esfera pública vislumbrada por Habermas: um espaço onde as pessoas discutem assuntos de interesse comum, entre iguais, informam-se sobre os acontecimentos, opiniões e interesses dos outros, debatem em torno de valores, leis e política. É exatamente isso que as Comissões Locais de Saúde proporcionam para a população das áreas de abrangência de suas UBS, ainda que, paradoxalmente, seja classificado como “produto singelo”. Nesse sentido, o estudo conclui que a prática participativa exercida pelas Comissões Locais de Saúde impacta positivamente a vida do centro de saúde, pois através do exercício da cidadania tem-se a possibilidade de formar cidadãos mais conscientes e informados, em busca do direito a ter direitos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, I. A .L. Participação política não eleitoral ou partidária: associações, conselhos e orçamento participativo. In: MARTINS C.B., LESSA R., coordenadores. **Horizontes das ciências sociais no Brasil: ciência política**. São Paulo: ANPOCS, 2010, p. 379- 400.

BAHIA, L. Participação social na saúde: “muito melhor com ela”. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, jan./mar. 2010, p. 59-66.

BELO HORIZONTE. Lei nº 5.903, de 3 de junho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os

Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Município, jun. 1991.**

BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P.C. Participação social na estratégia de saúde da família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, jan./mar. 2014, p. 440-451.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc Saúde Colet.** v.13, 2008, p. 2029-2040.

CMSBH - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde.** Belo Horizonte: CMSBH, 2014.

COELHO, V. S. P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO V. S. P.; NOBRE M. (Org). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo.** São Paulo: Editora 34, 2004, p. 255 -267.

COELHO, V. S. P. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e políticas de saúde. In: PIRES R. R. C. (Org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** Brasília: IPEA, 2011.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito. **Ciênc Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2003, p. 9-18.

CÔRTEZ, S. M. V. Introdução: atores, mecanismos, e dinâmicas participativas. In: CÔRTEZ, S. M. V. (Org). **Participação e saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-39.

COSTA, A. M. Prefácio. In: CÔRTEZ, S. M. V. (Org). **Participação e saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 9-12.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. **Democracia participativa e controle social em saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

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

DAMASCENO, S. S. et al. Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade de saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, jan./mar. 2010, p. 59-66.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V. C. **Participação, democracia e saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

GIOVANELLA, L. et. al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009, p. 783-794.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

GURZA LAVALLE, A.; ISUNZA VERA E. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. **Lua Nova**, São Paulo, v. 84, p. 353-364, 2011.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In:

CÔRTEZ, S. M. V. (org). **Participação e saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 173-203.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e Democracia: a Luta do Cebes.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-40.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos.** Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LOBATO, L. V. C. Apresentação. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. **Participação, democracia e saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, R. G; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 41, n. 1, 2007, p. 65-72.

OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA da SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <<http://www.legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=37&item=6>>. Acesso em: 3 mar. 2015.

SERAPIONI, M.; MATOS, A.R. Participação em Saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. **Rev Port de Saúde Pública**, Lisboa, v.31, 2013, p. 11-21.

SMSA/BH - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2007.** 2008. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf>. Acesso em: em 17 mar. 2015.

SMSA/BH - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2011.** 2012. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=sauade&tax=15436&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: em 17 mar. 2015.

SMSA/BH - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2013**. 2014. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15436&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: em 17 mar. 2015.

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

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

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WAMPLER, B.; AVRITZER, L. Públicos participativos: sociedade civil e novas experiências. In: COELHO V. S. P.; NOBRE M. (Org). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004, p. 210-238.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008: Atenção primária à saúde - mais necessária que nunca**. Genebra: WHO, 2008.

COLABORADORES

AMC Oliveira trabalhou na concepção, coleta e análise de dados e redação do artigo; SG Dallari foi a orientadora, colaborando também na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

5 CONCLUSÕES

O estudo sobre as Conferências Locais de Saúde revelou um fórum participativo, descentralizado nas 147 Unidades Básicas de Saúde, que cumpre sua função de orientar, controlar e legitimar a Política Municipal de Saúde, por meio de processos de tomada de decisão realizados de portas abertas para a população, oferecendo voz e voto a todos os participantes.

Apesar de o estudo constatar o paradoxo existente entre a baixa participação usuário/comunidade, observando-se o número de pessoas por área de abrangência, em um fórum que oferece participação em igualdade de condições, verificou-se que a realização das Conferências Locais contribui para elevar a qualidade da democracia, pois possibilita a discussão das necessidades em saúde pelos usuários, trabalhadores e gestores na Atenção Primária à Saúde.

Visando conhecer a dinâmica do processo conferencista e a efetividade dessas conferências, esta Tese constatou que existe determinado modelo de processo conferencista que possibilita uma intervenção mais eficaz no ciclo das políticas públicas. Para tanto, observou o processo conferencista com priorização de proposições, representado pelo Relatório Final da X Conferência Municipal de Saúde; e o processo conferencista tradicional, sem limitação no número de propostas aprovadas, representado pelo processo propriamente dito de realização da 12^a Conferência Municipal de Saúde.

Verificou-se que a adoção de uma dinâmica processual com priorização ascendente de proposições, a partir de uma matriz comum de relatório final, para cada etapa realizada, é mais eficaz do que a elaboração de propostas gerais, aprovadas por 60% dos participantes, sem limitação no número de propostas aprovadas.

A adoção de um processo conferencista com priorização ascendente de proposições possibilita a elaboração de um Relatório Final, enxuto e objetivo, com validade durante todo o ciclo de produção das políticas de saúde. Nesse sentido, permite avaliar se o Plano Municipal de Saúde foi elaborado em consonância com as demandas da população, o que se torna mais difícil, quando, por exemplo, se tem um Relatório Final com 876 propostas, caso da 12^a Conferência Municipal de Saúde.

Além disso, um Relatório Final objetivo pode ser novamente utilizado no fechamento do ciclo das políticas públicas, quatro anos depois, na próxima conferência, como substrato para a verificação da realização, ou não, das diretrizes apontadas nesse Relatório Final. Assim, a partir de resultados concretos é possível produzir políticas públicas mais efetivas.

O estudo sobre as Conferências Locais de Saúde também permitiu conhecer as práticas de interação entre o Conselho Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais e as Comissões Locais de Saúde. Durante o período de realização das Conferências Locais, Distritais e Municipal de Saúde, os conselhos e as comissões interagiram como um afinado Sistema Municipal de Participação Social em Saúde. Esse Sistema Municipal de Participação é constituído pelo nível municipal, distrital e local, verticalmente. E também, por subunidades distritais e locais, horizontalmente.

Dessa maneira, constatou-se a existência de fluxos verticais, de baixo para cima, onde cada nível oferece ao próximo um substrato, visando à formação democrática da opinião e da vontade política. Para o PlanejaSUS essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. Constatou-se ainda, a existência de fluxos verticais de cima para baixo. Ações realizadas pela comissão organizadora da 12ª Conferência Municipal de Saúde produziram insumos - material para a condução das Conferências Locais de Saúde - que foram capilarizados para outros níveis espaciais, verticalmente e horizontalmente, em uma rede de conexões que conforma o processo conferencista.

Ao contrário, o estudo sobre as Comissões Locais de Saúde revelou o isolamento dessas comissões, a falta de interação das comissões com os Conselhos Distritais e com o Conselho Municipal de Saúde. É como se o Sistema Municipal de Participação Social em Saúde deixasse de existir após o evento das conferências. O Conselho Municipal de Saúde só tratou de pautas diretamente relacionadas com as Comissões Locais, quando pressionado pela Promotoria de Saúde, visando a adequação dos Regimentos.

Esse isolamento acaba por prejudicar o funcionamento das Comissões Locais com reflexos na estrutura e organização dessas comissões. Essa situação potencializa

a importância dos atores estatais na definição das condições de funcionamento das comissões. Assim, constatou-se que o desenvolvimento da Comissão Local de Saúde está diretamente relacionado ao envolvimento do gerente da UBS com esse fórum.

Ao analisar as dimensões dinâmicas de participação e deliberação, conteúdo dos debates e redes de conexões, esta Tese, além de contribuir para o conhecimento do *modus operandi* das Comissões Locais, contribui também para a consolidação de uma metodologia de pesquisa objetivando a análise comparativa de processos participativos. Com a utilização dessa metodologia foi possível comprovar o potencial das Comissões Locais para identificar as demandas da população, informar sobre as políticas públicas e detectar a qualidade dos serviços públicos recebidos por ela.

Nesse sentido, esta Tese constatou a utilização de procedimentos organizacionais inovadores. Visando a inclusão de novos atores sociais, por meio do envolvimento das comunidades, e tendo como objetivo afirmar-se como porta de entrada preferencial da população para a participação, as Comissões Locais rompem com a exigência do pré-requisito da paridade. Em troca, reconhecem que a reunião da Comissão Local de Saúde é aberta à comunidade, e oferecem a todos os presentes o direito à voz e ao voto, legitimando-os como Conselheiros Locais de Saúde.

Dessa forma, as Comissões Locais revelam-se como experiências de inovação democrática. Assim, confirma-se o principal argumento dessa Tese, o entendimento de que as Comissões Locais de Saúde constituem-se em espaços de ampliação da democracia. Entretanto, apesar dessas constatações, verificou-se que esses espaços são ainda incipientes, e que sua formação e implementação ainda não estão concluídas. Nesse sentido, esta Tese chama a atenção para a responsabilidade do Sistema Único de Saúde ‘em cuidar’ desses espaços públicos.

Por fim, o estudo das Comissões Locais de Saúde desvelou o histórico de exclusão social sofrido por grande parte da população. Constatou-se que a construção da Constituição Cidadã não foi capaz de reduzir as iniquidades sociais. Que a cidadania teria ficado presa na letra da lei, restrita à igualdade jurídica e formal, não tendo alcançado o caráter transformador proposto pela Reforma Sanitária. Dessa

maneira, ainda se faz necessário *lutar... mesmo que seja um direito assegurado na constituição*, lutar pela efetivação do direito à saúde no cotidiano da população.

O estudo foi realizado, predominantemente, em áreas de vulnerabilidade social, em realidades onde as carências e a exclusão social são elementos que determinam a saúde e a qualidade de vida. Por isso, “a promoção da saúde deve ser sinônimo de transformação social em busca de justiça e inclusão” (CARVALHO e GASTALDO, 2008). Nesse sentido, a “*decisão de ser conselheiro* deve ser entendida como estratégia para *melhorar a realidade*”, o que pode ser entendido como o enfrentamento das desigualdades sociais, “*em conjunto com a comunidade*”.

Verificou-se que os mais pobres estão sendo incluídos no processo político e que suas carências, relativas aos recursos para articular suas demandas, estão sendo supridas pelo caráter pedagógico presente na própria participação. A troca de razões entendida como elemento central da formação da vontade política ocorre em um ambiente de diálogo. A argumentação pública se dá por meio de histórias, testemunhos e pelo relato de experiências, que são formas de comunicação capazes de induzir à reflexão.

Frente ao exposto, concluímos afirmando que as Comissões Locais de Saúde, mesmo com todas as dificuldades verificadas na sua construção, destacam-se como uma das poucas possibilidades de intervenção no círculo vicioso das inequidades sociais. Os cidadãos, por meio desses fóruns, deliberam, buscando minimizar a exclusão política e social. Afinal, participação social, informação, *accountability* e democracia não fazem mal a ninguém. E como dizem os italianos: *piano piano si va lontano!*

6 REFERÊNCIAS

- Abrahão J. O que é a Política Nacional de Participação Social. São Paulo: Instituto Ethos; 2014. [acesso em 5 set 2015]. Disponível em: <http://www3.ethos.org.br/cedoc/o-que-e-a-politica-nacional-de-participacao-social/#.VfTNyxFViko>
- Alvarez MC. Controle social: notas em torno de uma ação polêmica. São Paulo Perspec. 2004;18:168-76.
- Amâncio JM. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. Lua Nova. 2011;84:353-64.
- Andrade IAL. Participação política não eleitoral ou partidária: associações, conselhos e orçamento participativo. In Martins CB, Lessa R, coordenadores. Horizontes das ciências sociais no Brasil: ciência política. São Paulo: ANPOCS; 2010. p. 379- 400.
- Arouca ASS. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp-Fiocruz; 2003. p. 183-202.
- Avritzer L, Santos BS. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: Santos, BS, organizador. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
- Avritzer L. Teoria democrática e deliberação pública. Lua Nova. 2000;50:25-46.
- Avritzer L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires RRC, organizador. Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA; 2011. p. 13-24.
- Belo Horizonte. Lei nº 5.903, de 3 de junho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências. Belo Horizonte; 1991.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
- Brasil. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 maio 2014.
- Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. Diário Oficial da União. 31dez 1990.
- Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2013;18(1):7-16.

Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do Cebes. Rio de Janeiro: Lemos editorial; 1997. p. 93-111.

CNS- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. 10 maio 2012; Seção 1.

Coelho VSP. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 255 -267.

Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(1):9-18.

Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumentos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 102-27.

Costa AM. Prefácio. In: Côrtes SMV, organizadora. Participação e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 9-12.

Dallari SG. Responsabilidade pública pela promoção e proteção da saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2003.

Dallari SG, Adorno RCF, Faria MM, Shuqair NSMSAQ, Trewikowski S. O direito à saúde na visão de um conselheiro municipal de saúde. Cad Saúde Pública. 1996;12:531-40.

Delduque MC, Dallari SG, Alves SMC. Decreto que institui a Política Nacional de Participação Social: impactos na saúde. Cad. Saúde Pública. 2014;30:1812-1814.

Delgado M, Escorel S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. Saúde Debate. 2008;(43):23-8.

Donnangelo MCF. Medicina e Estrutura Social. In: Donnangelo MCF e Pereira L. Medicina e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976. p. 11-68.

Fleury S. A questão democrática na saúde. In: Fleury S, organizadora. Saúde e Democracia: a Luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 25-40.

Gohn MG. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: Rassi Neto E, Bógus CM, organizadores. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília, DF: OPAS; 2003. p. 41-65.

Gomes, LJG. Belo Horizonte: a cidade descrita. Documentos de uma história urbana. Belo Horizonte: Anuário Estatístico de Belo Horizonte; 2000.

Gurza Lavalle A, Isunza Vera E. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. *Lua Nova*. 2011;84:353-64.

Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro; 1989.

Habermas J. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova*. 1995;36:39-54.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [acesso em 5 abril 2014]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011>

Lobato LVC. Apresentação. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 7-12.

Labra ME. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 353-82.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Mendes EV. As redes de atenção. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(15):2297-2305.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2000.

Ministry of Health. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920. London: Ministry of Health; 1920. [acesso em 5 maio 2013]. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>.

Moreira MR, Escorel S, Fernandes FMB, Delgado MM, Sucena LFM, Oliveira NA. A democratização nos conselhos de saúde. *Saúde Debate*. 2006;30(73/4):205-18.

Moreira MR. Consolidação dos conselhos municipais de saúde depende de superação dos desafios. Rio de Janeiro: Agência Fiocruz de Notícias; 2007 24 jul.

Moreira MR. Democratização da política de saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(3):795-806.

Nobre M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 21-40.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Washington, DC: OPAS/OMS; [s.d.]. [acesso em 3 maio 2013]. Disponível em: <http://www.legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=37&item=6>

Pateman C. Participação e teoria democrática. Rio de Janeiro, São Paulo: Terra e Paz; 1992.

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2007. Belo Horizonte: SMSA/BH. 2008. [acesso em 27 abr 2013] Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Belo Horizonte: SMSA/BH; 2010.

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2013. Belo Horizonte: SMSA/BH; 2014.

SMSA/BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Belo Horizonte: SMSA/BH; 2015.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. Saúde Debate. 2006;30(73/74):149-60.

Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E, organizadora. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 47-103.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.

Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho D da F, Saraiva LES, Van Stralen TB de S, Belisário AS. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):621-32.

Víctoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial; 2000.

Wampler B, Avritzer L. Públicos participativos: sociedade civil e novas experiências. In: Coelho VSP e Nobre M, organizadores. Participação e Deliberação. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 210-38.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I-Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:

Participação social no contexto da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

A- JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

O motivo que nos leva a estudar as Comissões Locais de Saúde é a necessidade de conhecer os espaços de participação localizados mais próximos da população. Quem são os atores que atuam nesse espaço? Como ocorre o processo de eleição desses atores? Quais são as ações desenvolvidas por eles? É importante destacar que não se trata de desvalorizar esses espaços, mas, sobretudo, reconhecer sua importância para a construção do SUS.

A pesquisa se justifica pela oportunidade da realização de um diagnóstico acerca dos impactos desses arranjos participativos - as Comissões Locais de Saúde - sobre a Política Municipal de Saúde.

Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa é descrever e analisar a dinâmica da participação social na Atenção Primária à Saúde por meio das Comissões Locais de Saúde de Belo Horizonte.

B- DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS

Existe a possibilidade de um desconforto mínimo para aqueles que se submeterem à entrevista, sendo que esse desconforto se justifica pelo benefício que a pesquisa trará ao contribuir para a compreensão do real potencial da democracia participativa local, identificando os atores sociais, os mecanismos de ação e os arranjos que favorecem e aproximam os processos participativos do ciclo da política pública de saúde e, conseqüentemente, da construção do Sistema Único de Saúde.

C- ESCLARECIMENTOS SOBRE A METODOLOGIA

O procedimento de coleta de dados se dará da seguinte forma: vamos realizar uma entrevista dividida em duas partes. Na primeira parte, serão formuladas

perguntas relacionadas ao perfil do conselheiro como sexo, idade e grau de instrução, dentre outras. Na segunda parte, serão três perguntas relacionadas a participação do conselheiro nas Comissões Locais de Saúde. A entrevista será gravada.

Após serem registradas em gravador, as entrevistas serão transcritas para o papel. A pesquisadora irá então analisar o conteúdo de cada entrevista selecionando as ideias centrais semelhantes agrupando-as. Depois, construirá com pedaços dos discursos individuais de cada grupo um discurso coletivo para cada modo de pensar.

D- GARANTIA DE ESCLARECIMENTO E LIBERDADE DE RECUSA

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

E- GARANTIA DE SIGILO

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

F- FORMA DE ACOMPANHAMENTO

Durante a execução do projeto o pesquisador estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários nos telefones: (31)32238028 e (31)96174266.

Em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos você, também, poderá procurar pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, telefone (31)3277-5309, R. Frederico Bracher Júnior, nº 103 - Padre Eustáquio, Belo Horizonte. Ou ainda, enviar email para coep@fsp.usp.br - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP.

G- CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO

A participação no estudo não acarreta custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira ou ajuda de custo.

II-Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão de participar da pesquisa se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora no telefone (31) 3223-8028 e (31)9617-4266 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde telefone (31)3277-5309.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

III-Belo Horizonte,

Data: / /

Assinatura do Participante:

Data: / /

Assinatura do Pesquisador:

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

PERFIL DOS CONSELHEIROS

Idade-

Sexo-

Grau de Instrução-

Entidade que representa?

Faz parte dessa entidade?

Segmento?

Número de mandato?

Profissão?

PERGUNTAS

1-Você decidiu ser Conselheiro Local de Saúde, não é mesmo! Como foi isso? Conta pra gente!

2-Quando você elege um deputado, um vereador, eles vão nos representar na Assembleia Legislativa ou na Câmara de Vereadores. E no seu caso, você está representando alguém?

3-Você percebe alguma melhoria na vida do Centro de Saúde com seu trabalho, aqui na Comissão?