

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA -
ProPPEC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

IVIA FÁTIMA RODRIGUES

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS) EM ITAJAÍ/SC:
DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE
EMPODERAMENTO DOS CONSELHEIROS**

ITAJAÍ (SC), 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

IVIA FÁTIMA RODRIGUES

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS) EM ITAJAÍ/SC:
DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE
EMPODERAMENTO DOS CONSELHEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado
Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho,
da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI.
Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Águeda Lenita P.
Wendhausen.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Gladys Brodersen.

ITAJAÍ (SC), 2008

IVIA FÁTIMA RODRIGUES

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS) EM ITAJAÍ/SC:
DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE
EMPODERAMENTO DOS CONSELHEIROS**

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração Saúde da Família.

Itajaí, 26 de Fevereiro de 2008.

Prof^a. Dr^a. Águeda Lenita P. Wendhausen
UNIVALI - Itajaí
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Gladys Brodersen
UNIVALI - Itajaí
Co-orientadora

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
UNIVALI - Itajaí
Membro Interno

Prof. Dr. Julian Borba
UFSC - Florianópolis
Membro Externo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Ivo e Tânia, minha avó Doca, meu irmão Junior e meu sobrinho João... por tudo que representam em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado coragem e oportunidade para dar mais este passo...

Aos meus pais, Ivo e Tânia, por todo o amor, carinho, compreensão e respeito, por acreditarem em mim e compartilharem comigo cada lágrima...

A Prof^ª Águeda pela compreensão, paciência, pelo constante incentivo, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade...

A Gladys Brodersen minha interlocutora, companheira e amiga sempre pronta à participar de tantas inquietações...

Ao Dr. Julian e Dr. Cutolo pelas excelentes sugestões, colaborações e por e gentilmente aceitarem participar desta dissertação fazendo parte da Banca.

A Elaine Vaz pela parceria nesta caminhada...

Aos Conselheiros Locais de Saúde de Itajaí pela disponibilidade em participar deste estudo, nos recebendo e colaborando com as informações.

Ao Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco que abriu suas portas e permitiu que este estudo pudesse ser desenvolvido, que muito colaborou para discussões de questões relevantes aqui desenvolvidas.

A Universidade do Vale do Itajaí pela concessão da bolsa do Programa Integrado de Pesquisa Pós-Graduação da Universidade do Vale do Itajaí – PIPG/UNIVALI.

As Secretarias Municipais de Saúde de Barra do Sul, Barra Velha e Penha por terem compreendido minha ausência.

As amigas Sônia Winckler e Rosélia Koerich pela amizade, companheirismo, dedicação e sinceridade...

A todos os professores, funcionários e colegas do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho - UNIVALI e todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste sonho dissertação, dando-me força, incentivo e principalmente, acreditando ser possível trabalhar esta temática.

Para vocês, ofereço esta página...

Que os versos do dia-a-dia formem os mais belos poemas da poesia da vida...

Muito obrigado a todos!

As rosas não falam

Bate outra vez
Com esperanças o meu coração
Pois já vai terminando o verão,
Enfim

Volto ao jardim
Com a certeza que devo chorar
Pois bem sei que não queres voltar
Para mim

Queixo-me às rosas,
Mas que bobagem
As rosas não falam
Simplesmente as rosas exalam
O perfume que roubam de ti, ai

Devas vir
Para ver os meus olhos tristonhos
E, quem sabe, sonhavas meus sonhos
Por fim

(Cartola)

RESUMO

A origem das formas de participação da comunidade na saúde, influenciando o processo político decisório no Brasil tem início com o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, só a partir da Lei 8.142/90 são instituídos os Conselhos de Saúde no Brasil. Uma das formas de participação popular que vem sendo instituída na área da saúde se constitui nos Conselhos Locais de Saúde (CLSs), espaço em que a participação comunitária é mais direta e popular. Entretanto várias experiências e pesquisas com conselhos gestores relatam que há problemas em relação à consolidação da participação nas comunidades. Este estudo investigou a implantação dos CLSs no Município de Itajaí/SC. No primeiro momento elaboramos um diagnóstico CLSs de Itajaí/SC a partir da aplicação de formulário aos participantes dos conselhos implantados. A seguir, selecionamos o CLS do Bairro Dom Bosco, no qual intervimos utilizando metodologia qualitativa, com a realização de quatro encontros em que deflagrou-se um processo de discussão a partir de temas geradores levantados pelos participantes. Para a análise dos dados deste segundo momento procedeu-se tratamento do conteúdo discursivo dos encontros. Em relação à implantação dos conselhos, realizam reuniões mensais, possuem um ano de implantação e na maioria o presidente pertence ao segmento dos usuários. Quanto ao perfil dos participantes a maioria é adulto, jovem e do sexo feminino; possuem educação secundária; a renda varia de dois a quatro salários mínimos. Em geral os sete CLSs pesquisados utilizam as informações e os recursos das unidades de saúde para suas atividades. A maioria dos conselheiros apresenta razões positivas para participarem dos conselhos relacionadas à iniciativa própria e interesse pessoal ou por estímulo de colegas da categoria e da entidade, ainda que tenham referido não ter participado de capacitações para conselheiros de saúde. Relativo aos encontros no CLS do Bairro Dom Bosco constatou-se que os conselheiros crêem em alguma forma de mobilizar as pessoas, em decorrência de suas reclamações, fazendo com o conselho se torne mais presente no cotidiano da comunidade. A motivação em participar do conselho se dá por acreditarem na melhoria da qualidade de vida e nas condições de saúde da comunidade. Identificou-se alguns fatores limitantes à participação relacionados a questões culturais, a falta de tempo/vontade e interesse individuais. Constatou-se ainda a necessidade dos conselheiros em obterem legitimidade perante o Conselho Municipal de Saúde. Quando nos transportamos para o nível local de participação, foi percebemos que os mecanismos de participação através dos CLSs contribuem para o processo de negociação de propostas com outros grupos sociais que circulam em torno do poder dentro das comunidades e nos serviços de saúde. Consideramos que a consolidação da democracia e o processo de empoderamento na saúde em nível local no município de Itajaí, ainda é um desafio. Identifica-se a necessidade de capacitação e apropriação do processo pelos sujeitos envolvidos para que a participação seja, mas efetiva. Assim pode-se dizer este estudo contribuiu para que os CLSs de Itajaí possam dar sentidos a sua existência, ajudando-os a perceber a importância de seu trabalho e a buscar formas de se organizarem.

PALAVRAS-CHAVE: Conselhos Gestores. Participação Social. Empoderamento.

ABSTRACT

The origin of the forms of participation of the health community, influencing the political decision-making process in Brazil, began with the Brazilian Health Reform Movement. However, it was only after Law 8,142/90 that the Health Councils were instituted in Brazil. One of the forms of popular participation that has been instituted in the area of health is the Local Health Councils (LHC), a space in which community participation is more direct and is geared towards the population as a whole. However, various experiments and studies with managers of the health councils have reported problems in relation to consolidating this participation within the communities. This study investigates the introduction of the LHCs in the Municipality of Itajaí/SC. First, we drew up a diagnosis of LHCs in Itajaí/SC, based on the application of a form for participants of the councils implemented. Next, we selected the LHC of the district of Dom Bosco, in which we intervened using a qualitative methodology, with four meetings aimed at discussing generating themes raised by the participants. For the analysis of the data in this second phase, the discursive content of the meetings was analyzed. In relation to the implementation of the health councils, they hold monthly meetings, they were implemented one year ago, and in the majority of cases, the president belongs to the user segment. Regarding the profile of the participants, the majority is made up of adults, young and female; they have completed secondary education; and their income varies from two to four minimum salaries. In general, the seven LHCs investigated use information and resources from the health units for their activities. The majority of the councilors presented positive reasons for taking part in the health councils, related to their own initiative and personal interest, and encouragement from colleagues within the profession and the entity, although they reported that they had not taken part in any training to become health councilors. In relation to the meetings in the LHC of the District of Dom Bosco, it was observed that the councilors believe, in some form, in mobilizing people as a result of their complaints, so that the council becomes more present in the day-to-day life of the community. The motivation to take part in the health council was based on the fact that they believe in the improvement of quality of life and the health conditions of the community. Some limitations to participation were identified, related to cultural issues, lack of time/desire and individual interests. The need for councilors to obtain legitimacy before the Municipal Health Council was also observed. When we move on the local level of participation, it was observed that the mechanisms of participation through the LHCs contribute to the process of negotiation of proposals in other social groups which circulate around the power within the communities and health services. We believe that the consolidation of democracy and the process of empowerment in health at the local level in the municipality of Itajaí still constitutes a challenge. A need was identified to win and appropriate the process by the subjects involved, so that their participation can be more effective. Thus, it can be said that this study contributes to enabling the LHCs of Itajaí to give meaning to their existence, helping them to perceive the importance of their work and look for ways of organizing themselves.

KEY WORDS: Management Councils. Social Participation. Empowerment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Faixa etária dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007 ...	58
Tabela 2: Gênero dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007.	59
Tabela 3: Escolaridade dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007..	61
Tabela 4: Situação ocupacional dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007.	63
Tabela 5: Renda dos conselheiros locais de saúde entrevistados - Itajaí/SC – 2007.	63
Tabela 6: Como os conselheiros locais de saúde consideram sua participação no conselho – 2007.	65
Tabela 7: Motivo da participação dos conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC – 2007.	67
Tabela 8: Entidades a que pertencem os conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC – 2007.	68
Tabela 9: Capacitação dos conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC para atuarem como conselheiros – 2007.	69
Tabela 10: Disponibilidade de meios de comunicação entre os conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC – 2007.	70
Tabela 11: O interesse dos conselheiros locais de saúde entrevistados por política de Itajaí/SC – 2007.	71
Tabela 12: Participação política dos conselheiros locais de saúde de Itajaí/SC entrevistados em relação às últimas eleições – 2007.	73

Tabela 13: Contribuição dos conselheiros locais de saúde de Itajaí/SC em relação ao benefício individual/coletivo de projetos da comunidade – 2007.....	74
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Indicadores de empoderamento interno.....	41
Quadro 02: Indicadores de empoderamento externo.....	41
Quadro 3: CATEGORIA I - Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco.	52
Quadro 4: CATEGORIA II - Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco.....	52
Quadro 5: Características dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí/SC – 2007	55
Quadro 06: Conselhos Locais de Saúde de Itajaí/SC, composição e amostra de conselheiros entrevistados – 2007.....	58
Quadro 4: CATEGORIA I - Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco.	82
Quadro 5: CATEGORIA II - Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco.....	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de Itajaí apresentando a evolução urbana.	46
Figura 2: Elo entre as pessoas.....	78
Figura 3: Patrão <i>versus</i> empregado	78
Figura 4: Cabo de guerra	78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 MARCO TEÓRICO	23
1.1 Democracia: alguns apontamentos	23
1.2 A Instituição dos Conselhos Gestores no Brasil e a possibilidade de participação	30
1.3 Empoderamento aspectos históricos e conceituais	36
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
2.1 O diagnóstico da implantação dos conselhos locais de saúde	46
2.2 O processo de discussão com o conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco ..	48
2.3 Procedimentos éticos	52
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	54
3.1 Diagnóstico da implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Itajaí/SC.....	54
3.1.1 O perfil dos Conselheiros Locais de Saúde de Itajaí/SC – 2007	58
3.1.2 A participação dos conselheiros Locais de Itajaí.....	65
3.2 Os encontros com o Conselho Local de Saúde do bairro Dom Bosco.....	75
3.2.1 Primeiro encontro: apresentação da proposta do estudo e convite aos conselheiros....	76
3.2.2 Segundo encontro: levantando os temas.....	77
3.2.3 Terceiro encontro: discutindo as temáticas.....	80
3.2.4 Quarto encontro: reconhecendo o grupo.....	81
3.3 O Processo de Discussão: Algumas Reflexões	82
3.3.1 CATEGORIA I - Fatores Limitantes da Participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco.	83
3.3.2 CATEGORIA II - Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco	91
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	106

ANEXOS	116
ANEXO A: Certificado de Parecer da Comissão de Ética	117
APÊNDICES	118
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação da Pesquisa	119
APÊNDICE B: Instrumento para Coleta de Dados nos Conselhos Locais de Saúde de Itajaí/SC	122
APÊNDICE C: Instrumento para Identificação do Perfil dos Conselheiros Locais de Saúde	126

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, afirma que a saúde é um direito de todos, dever do Estado e que o Sistema Único de Saúde se rege pelos princípios da integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação popular. Tais direitos foram uma conquista de um movimento social, gestado por profissionais de saúde, intelectuais, técnicos e parte da população insatisfeita com o modelo de saúde vigente: biológico causal, curativo e hospitalocêntrico. Este movimento pela Reforma Sanitária Brasileira se refere ao conjunto de idéias que tem relação com as mudanças e as transformações na área da saúde capazes de promover a melhoria das condições de vida da população. Tal sistema se desenvolve a partir do sistema de saúde atual.

Para Vasconcelos e Pasche (2007), o termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e às transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor de saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

Segundo a autora, a Reforma Sanitária Brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde seja um direito do cidadão e um dever do Estado.

Entretanto, apesar dos avanços, o modelo de saúde que se vivencia traz hoje indagações pontuais que denotam a distância entre o discurso do Movimento e as práticas reais das políticas públicas vinculadas a esse processo. Pinheiro (2004) ressalta que vários fatores agregados às práticas de participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos evidenciam que o processo de construção democrática não é linear, mas contraditório e fragmentado. Para a autora, esses fatores geram a impossibilidade de conceder à sociedade civil o papel de protagonista do aprofundamento democrático, no que concerne à formulação, a implantação e a execução das políticas públicas no país. Apesar do pioneirismo da área da

saúde na democratização das relações entre Estado e sociedade civil, mediante a criação de instâncias políticas de participação e controle social nas três esferas de governo, é possível verificar no cotidiano das instituições a predominância de uma cultura política conservadora, patrimonialista e autoritária. Nessa, o Estado desempenha papel central, estando sempre inclinado a limitar a participação e a representatividade da sociedade civil aos tradicionais mecanismos de institucionalidade democrática: os partidos políticos e eleições governamentais.

Wendhausen e Rodrigues (2006) destacam a influência que a representatividade exerce quanto à dinâmica dos conselhos gestores, já que o conselheiro deve atuar como interlocutor de suas bases, levando as reivindicações, as necessidades e as vontades das pessoas ou dos grupos que representa nesse espaço de discussão acerca das políticas sociais. Em seu estudo sobre conselhos, as autoras sugerem que os componentes do conselho não são, com efeito, articulados àqueles que deveriam representar. Na verdade, às vezes sequer respondem aos interesses de quem os indicou ou de toda a sociedade.

Em relação ao princípio da participação social na área da saúde, é a Lei 8.142/90, promulgada pelo Ministério da Saúde (2006), que institui o controle social em saúde, entendido como a participação da sociedade civil, incluindo, aqui, o usuário dos serviços, na concepção, no controle e na avaliação das políticas e das ações de saúde. Os conselhos de saúde passam a ser considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde. Mais recentemente, quando da implementação da Estratégia de Saúde da Família, ganham força algumas práticas que seriam os alicerces para a mudança do modelo assistencial, incluindo aí as práticas pró democracia, tais como a educação em saúde, a atenção domiciliar, a implementação de grupos de apoio, os conselhos locais de saúde (CLS), na medida em que estas práticas incluem o diálogo equipe/usuário.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o Pacto pela Saúde no Brasil preconiza que em relação à participação social na saúde devem ser desenvolvidas algumas ações para a garantia deste princípio, tais como: apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que esses possam exercer plenamente os seus papéis; apoiar o processo de formação dos conselheiros; estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular na saúde para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS; apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto.

Entretanto, já se passaram 16 anos da criação dos conselhos gestores (municipais e estaduais) de saúde no Brasil e estes ainda enfrentam dificuldades relacionadas à estrutura física, aos equipamentos e ao orçamento, o que limita sua autonomia. Esta é uma das conclusões da pesquisa **Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS**, coordenada pelos pesquisadores Rasga e Escorel, ambos da Ensp/Fiocruz (2005). O mapeamento e a avaliação da estrutura, da normatização, da organização, do funcionamento e do orçamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde surgiram a partir de uma demanda da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep) do Ministério da Saúde. Segundo os autores, hoje já se sabe que há além de um conselho nacional, 26 estaduais e um do Distrito Federal- mais 5.559 municipais. Em relação à participação social em nível local não há muitos trabalhos de pesquisa que relatem como vem ocorrendo sua implementação.

Mesmo que se leve em conta a presença quantitativa de conselhos gestores municipais, o que já se constitui em avanço, pode-se constatar através dos estudos, mencionados a seguir, que a qualidade de participação ainda deixa muito a desejar.

Valla (2002), Briceño-León (1998), Correia (2000), Wong Um (2002), Wendhausen (2002) e Doniak (2002), afirmam que as práticas de participação através dos conselhos de saúde nem sempre estiveram próximas dos ideais que as criaram, pelo contrário, esses autores identificam as inúmeras distorções que as permeiam quando são apropriadas socialmente. Dentre os problemas identificados, tem-se: a manipulação política dos atores envolvidos, a existência de “micropoderes” fora das organizações, a falta de representatividade e legitimidade, o autoritarismo dos gestores, o individualismo, a defesa dos interesses próprios, o pouco acesso da população a experiências de participação bem sucedidas e a linguagem técnica de difícil compreensão.

Labra (2002) a partir de vários estudos ressalta que, em geral, o funcionamento dos conselhos não é homogêneo no país, e em muitos lugares apresenta dificuldades que são atribuídas a várias situações, dentre elas: a não representatividade dos usuários, a manipulação e a defesa de interesses por parte dos gestores, a interferência política, o clientelismo, a simples nomeação e os temas abordados, na maioria das vezes, tecnicamente complexos e que exigem conhecimentos especializados que pessoas leigas não possuem. A autora destaca que embora haja obstáculos em relação à participação através dos conselhos constata que a maioria dos conselheiros apresentam grande satisfação pela função que desempenham, revelam preocupações frente as questões do governo local, existe alto grau de cooperação, as discrepâncias não interferem na negociação e consensos, apresentam interesse em se manterem informados para melhorarem no que tange à sua própria cultura e à educação. Em

síntese, a participação através dos conselhos contribui para o processo de mobilização e organização das comunidades, fortalecendo os valores e méritos do coletivo.

Já no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2004), ocorrida em dezembro de 2003, afirma-se que os conselhos gestores têm avançado significativamente, embora se reconheça que enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-estrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados.

Rasga e Escorel (2005) ao cruzarem as informações para identificar as situações mais comuns dos conselhos municipais de saúde constatam que poucos têm sede própria ou acesso a itens básicos como telefone, fax, computador e impressora, o que os torna dependentes das secretarias de Saúde. Por outro lado, considera que a democratização nos colegiados tem aumentado, uma vez que em muitos conselhos já se promoveram eleições para definir seus presidentes, principalmente, os fundados depois de 1998, mas os gestores ainda dominam.

Pesquisando a participação em nível local, Santanna (2004), no decorrer das atividades de saúde realizadas no PSF Padre Palhano em Porto Alegre, identificou pouca participação comunitária nas atividades realizadas pela unidade de saúde, bem como no conselho local de saúde do bairro. Nas reuniões dos grupos de educação em saúde os membros da comunidade se mostram desinteressados em participar das discussões. Nos encontros mensais do conselho local há uma presença pouco significativa da comunidade que, além disso, não discute e nem se insere nas pautas da reunião. Não há falas dos usuários, apenas o presidente e os membros da equipe de saúde se manifestam. Mesmo quando abordados, os membros da comunidade pouco “falam” e ao serem convocados para as reuniões de roda, campanhas e atividades interativas realizadas pela equipe de saúde, poucos comparecem.

Em uma pesquisa realizada com conselheiros municipais de saúde, Wendhausen e Rodrigues (2004) também observaram os problemas que Santanna (2004) encontrou em nível local. As autoras atribuíram os problemas ao fato de que os conselhos na saúde ainda não se mostraram instâncias de real participação da comunidade. Em relação a esta participação em nível local, Demo (1996) afirma que um conselho ou associação pode parecer bem arrumado em termos formais, reunir-se regularmente, possuir número expressivo de membros, e estar em dia com seus estatutos, porém funcionando mal em termos participativos, o que parece ser o caso das situações descritas anteriormente.

Se há tantos problemas em relação à participação social nos conselhos municipais de saúde que são instâncias maiores, cujos interesses e decisões têm maior impacto sobre as ações políticas em relação à saúde da população, pergunta-se como andar este processo quando se reporta aos Conselhos Locais de Saúde (CLS), já que não há muitos estudos a este respeito, tendo esse importante papel para estimular e fortalecer a mobilização social e a participação dos cidadãos nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas por uma comunidade para a construção do SUS.

Considerando a democratização da área da saúde, preocupação de fundo deste trabalho, interessa averiguar como vem ocorrendo a implementação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em Itajaí e qual tem sido a possibilidade de empoderamento dos envolvidos. Como estarão se estruturando estes conselhos? Se encontram suficientemente instrumentalizados para o desenvolvimento da democracia e da participação nas comunidades? A relação entre os representantes dos conselhos de saúde estará se estabelecendo de modo democrático, propiciando o empoderamento de seus participantes, principalmente dos usuários? Há muitas outras questões a serem feitas e sabe-se que não é possível responder a todas as questões apresentadas, mas se sabe que há como contribuir, buscando, pelo menos, parte das respostas.

O foco deste estudo se constitui em investigar os Conselhos Locais de Saúde (CLS) do Município de Itajaí/SC que se encontram em fase de implantação e verificar sua estruturação. Ainda com o intuito de verificar alguns aspectos do seu desenvolvimento e, ao mesmo tempo, contribuir com seu desenvolvimento, propôs-se como objetivo implementar uma discussão junto aos participantes de um dos conselhos implantados, utilizando uma metodologia que suscitasse práticas de aprendizagem construtivistas e dialógicas, possibilitando seu empoderamento. Em suma, o desejo é poder contribuir e participar na implementação desses Conselhos Locais, pesquisando e atuando neste contexto.

Propôs-se pensar as relações sobre a democracia e a saúde a partir da análise crítica das práticas de participação e controle social da sociedade civil em diferentes espaços públicos das políticas de saúde, entendendo que seu efetivo exercício possa configurar novos arranjos institucionais, capazes de repercutir na cultura política do país e ajudar na construção de políticas mais justas e solidárias.

Entende-se que o Conselho Local de Saúde (CLS) como uma estratégia que contribui na mudança do modelo de saúde assistencial, em que a Unidade de Saúde da Família passa a

ser a porta de entrada para o sistema. E, assim, é dentro dela que se estabelecem os conflitos e as necessidades das equipes de saúde e da população. Para o Ministério da Saúde (2007), os CLS buscam criar e fortalecer mecanismos de interlocução entre os conselhos locais e o conselho municipal de saúde para o monitoramento da qualidade em saúde; promovem a educação popular e em saúde, divulgando os direitos, capacitando lideranças, baseando-se nos princípios fundamentais de cidadania, humanização e direitos relacionados ao SUS.

Vale aqui diferenciar os conselhos locais de saúde principalmente em relação a sua composição. Enquanto de acordo com a Lei 8142/90 o conselho nacional, os conselhos estaduais e municipais são formados por 50% de representantes usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviço público e privado, os conselhos de saúde são compostos por 50% de representantes usuários e 50% de profissionais de saúde, prioritariamente da equipe de saúde da família.

Nesse sentido, um conselho composto somente por conselheiros usuários e profissionais de saúde da equipe local proporcionam a vivência e aproximação mais direta da realidade local de saúde, torna o acesso a informação e as reivindicações mais presentes em toda a comunidade, e não apenas outorga esta responsabilidade aos seus representantes em nível municipal ou estadual.

Segundo Figueiredo (2001), o Conselho Municipal de Saúde é uma instância de ação política que articula, no campo da saúde, as ações do município e interesses dos cidadãos, devendo ser entendido como uma das instâncias formais de exercício do controle público dessas ações. Deve, assim, estimular o processo de organização de outras instâncias de participação, bem como reconhecê-las e incorporá-las. Para o autor, os problemas tratados pelos Conselhos Locais de Saúde (CLS) devem ser encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde, tornando visíveis demandas normalmente não contempladas pela administração, para que a ação do executivo seja orientada pelas prioridades definidas pelos conselhos e muito mais efetiva, racional e democrática.

Pelos problemas, mas também pelas potencialidades identificadas nos vários estudos, é preciso avançar em relação à participação social através dos conselhos gestores. Sendo os Conselhos Locais de Saúde (CLS) uma alternativa a essa demanda, a Estratégia de Saúde da Família pode assumir parte desta incumbência, contribuindo na sua criação e desenvolvimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o Sistema de Saúde Brasileiro se orienta em bases territoriais, exigindo a incorporação da participação mais abrangente da população no processo decisório (formas de relação direta cidadão - poder público). Isso implica a

necessidade da existência de representação da academia, serviço, ESF e comunidade nos conselhos locais e regionais de saúde, bem como da necessidade de institucionalização desses e até o reconhecimento pelo Conselho Municipal de Saúde, como uma importante instância de participação comunitária.

Considerando o objeto a que se propôs estudar neste projeto - a implantação e o empoderamento nos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí/SC – dois, dos três princípios constitucionais dizem respeito diretamente à proposta: a participação social e o redirecionamento do modelo assistencial para um modelo integral que concebe a saúde como um direito social.

Em relação à participação social poder-se-ia pensar os conselhos locais como instâncias que promovem a organização da população em torno de problemas locais concretos que interferem na saúde e qualidade de vida das pessoas. Os trabalhadores de saúde podem mediar ou não os processos que capacitam os usuários em sua competência para exercerem sua cidadania. As relações entre instituições e usuários podem promover ou não seu empoderamento.

Num modelo de saúde biologicista ou multicausalista tradicional a relação usuário e instituição de saúde (incluídos seus trabalhadores) é verticalizada, hierárquica, autoritária e culpabilizante; gera a dependência do usuário em relação aos serviços e profissionais de saúde, na medida em que vê a ciência médica como único caminho para resolver problemas. Num modelo de saúde da determinação social esta visão muda completamente, na medida em que se entende saúde como resultado da produção social, portanto, depende de todos os sujeitos (individuais e coletivos) envolvidos, os quais são, ao mesmo tempo, produto, mas também produtores das situações que podem agravar ou melhorar sua situação de vida e de saúde. A participação se constitui em aspecto importante nesta busca pela equidade e melhores condições de vida.

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) poderiam ser um espaço para o estabelecimento de novas relações com os usuários a partir das práticas de participação empoderantes. Assim, teoricamente, os PSF se constituem em espaços de participação e de empoderamento. Porém, isto pode não estar acontecendo. O próprio Ministério da Saúde denuncia que o Programa de Saúde da Família, independentemente de seus méritos irrefutáveis, estaria reproduzindo as já esgotadas práticas das unidades básicas tradicionais, dirigindo-se para ser mais um “pacote de focalização” para populações de baixa renda, afastando-se da perspectiva da integralidade na atenção à saúde, e da “missão” que lhe é conferida pelos documentos oficiais, de ser uma proposta de “reforma estrutural do modelo

assistencial” uma estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (SOUZA, 2000). Como se observa, mesmo que o modelo administrativo preconize um conceito de saúde ampliado, no cotidiano pode-se estar repetindo as velhas práticas, não mais requeridas se houver mudanças no modelo assistencial.

Assim, o empoderamento emerge como estratégia na busca da capacitação para a participação dos usuários na melhoria da assistência e qualidade de vida. Nesse sentido, Teixeira (2002) afirma que o empoderamento está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, o que implica suporte mútuo, cooperação, autogestão e movimentos sociais autônomos. Ele tem o intuito de facilitar escolhas individuais e coletivas, com clarificação de conhecimentos, valores e decisões, através de práticas não tradicionais de aprendizagem e ensino que desenvolvam uma consciência crítica que permita o “ganho de poder”. Para isso, conhecer os contextos e as diferentes situações em que se propõe a atuar é essencial para que as pessoas, a comunidade e as organizações assumam, de fato, o controle de suas vidas como uma estratégia para ganhar saúde.

As vantagens do empoderamento dos conselheiros locais de saúde na administração pública são muitas em relação à participação popular e ao contato com as pessoas e a proximidade entre comunidade e equipe de saúde. Dessa forma, considera-se que proporcionar espaços de discussão e cidadania é um compromisso a ser assumido pelos profissionais de saúde, pelas lideranças das comunidades, em um processo democrático, permitindo, assim, transparência na administração pública, amadurecendo e aperfeiçoando projetos do setor de saúde, podendo incorporar a priorização das ações à realidade epidemiológica que de fato afeta a comunidade em cada base territorial do município.

A relação entre participação nos conselhos e empoderamento se dá a medida que a participação será melhor traduzida como estratégia/pedagogia de aprender a lidar com o poder, a se fazer levar em consideração, a fazer valer a importância econômica, política e cultural das pessoas, categoria ou classe que estejam participando de um determinado processo social.

Assim, a democracia e participação contribuem para o empoderamento dos profissionais e instituições de saúde a medida que, conforme Silva (2006), esta abordagem ultrapassa a tentação de atitudes paternalistas, de proteção excessiva e das tomadas de decisão unilaterais por parte dos profissionais ou das instituições, visto que o seu objetivo é a autonomia das pessoas menos favorecidas e a sua participação a um nível de igualdade com os técnicos, numa perspectiva de parceria. Isto exige uma mudança de atitude dos

profissionais, principalmente em relação à partilha do poder e ao reconhecimento das capacidades dos seus clientes.

Para Carvalho (2006), a noção de incentivo à participação no campo da saúde deve sair da abstração e ser entendida em sua concretude como um exercício permanente voltado a: a) conferir a visibilidade dos serviços e ações de saúde sob responsabilidade do município; b) conferir acesso à legislação em vigor; c) dar visibilidade aos canais de encaminhamento de demandas ao município e aos fóruns institucionalizados de defesa da cidadania e do usuário dos serviços municipais; d) constituir e institucionalizar canais de encaminhamento direto, pelo cidadão, de demandas ao poder público; e) ampliar o acesso às informações e conhecimentos produzidos na comunidade e fortalecimento de seus canais de expressão e discussão sobre os problemas vivenciados pelos atores envolvidos.

O presente trabalho tem como objetivos: mapear a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí/SC (perfil dos conselhos e dos conselheiros) e mediar um processo de discussão no conselho local de saúde do bairro Dom Bosco. Está vinculado a um “projeto-mãe” intitulado Conselhos Gestores e Saúde: empoderamento e impacto na gestão pública de saúde, que tem como objetivo avaliar o empoderamento nos conselhos gestores e seu impacto na gestão pública nos Municípios de Itajaí e Chapecó/SC, o qual é coordenado pela orientadora deste estudo. Este subprojeto além de contribuir com o projeto citado em relação à teorizar sobre os elementos que levam ao empoderamento de participantes de conselhos, pode contribuir para abertura de um espaço de discussão democrático entre os conselheiros; aquisição de novas habilidades organizacionais por parte dos membros da comunidade e de destrezas relacionadas às suas necessidades e ao fortalecimento da organização comunitária. Além disso, fornecerá ao município subsídios sobre o andamento dos conselhos locais recém implantados, a partir do que podem ser implementadas ações para sua melhoria e crescimento.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Democracia: alguns apontamentos

Todos os problemas, incertezas, tensões e mudanças que enfrentamos hoje no século XXI em relação à participação e à democracia tiveram suas origens no século passado. Segundo Pateman (1992), decorre da dimensão e da complexidade das sociedades democráticas e do surgimento de formas burocráticas de organização.

Participação e democracia nem sempre foram entendidas em sua interdependência; entretanto, esse discurso se fragiliza diante da contra hegemonia que passa a contestá-lo. É o que Pateman (1992) destaca quando afirma que a participação se torna popular, nas décadas de 60 e 70, com a onda de reivindicações de estudantes e determinados grupos que lutam por seus direitos e quando alguns teóricos passam a contestar esse entendimento de democracia, então universalizado.

Para Borba (2004), o triunfo da razão pensava em garantir o triunfo da democracia. Num contexto de guerras, ditaduras militares e regimes totalitários, a idéia e a prática que tivemos de democracia se reduziu a um método de escolhas de governantes que esqueceu e negou a participação dos cidadãos nas políticas públicas. Isto gerou autoritarismo e burocratização, que não pressupõe qualquer influência dos cidadãos na gestão pública e legítima uma democracia falseada que caracterizou-se pela predominância cada vez maior, assumida pelo executivo e pela burocracia do Estado em relação às instituições da democracia representativa. O autor reflete sobre a limitação do pensamento acerca de democracia ao longo do século XX, enfatizando que, nesses tempos, os negócios públicos não pressupunham influência alguma dos cidadãos. A fim de garantir a estabilidade no sistema político, a participação institucionalizada, ou não, serviu à manutenção do capitalismo e se caracterizou pela dominação executiva e burocrática do Estado em relação às instituições da democracia.

Pateman (1992) ao analisar qual o lugar da participação numa teoria de democracia atual, faz um resgate histórico que demonstra que se de um lado, houve a popularização da participação, de outro lado esta assume papel menor para os teóricos da democracia contemporânea; para a autora estes teóricos a caracterizam como um método político de competição entre líderes (eleições periódicas e através do voto), com caráter empírico ou descritivo.

A democracia vem da palavra grega *demos* que significa povo e *cracia*, que também vem do grego e significa "poder", "autoridade". Nas democracias, é o povo quem detém o poder soberano sobre o poder legislativo e o executivo. Embora existam pequenas diferenças nas várias democracias, certos princípios e práticas distinguem o governo democrático de outras formas de governo. (GONÇALVES, 2005).

Bobbio (2000) conceitua democracia como sendo a representação na vastidão dos séculos, um sonho acalentado pela humanidade, transmitido de geração em geração através dos tempos, e assinalando a marcha para a liberdade, a tolerância e a justiça social. O homem, livre e entusiasta, constrói a felicidade e a vida, no esplendor da convivência democrática, com um sentimento de liberdade e de alegre confiança no futuro. Para o autor a democracia é a marcha do mundo para a liberdade e a tolerância. A democracia não é uma classe, nem uma facção, nem um privilégio; é a nação proprietária do governo, o direito de escolha dos representantes populares, o poder organizado da opinião pública. Na mesma linha, o autor fala da democracia como caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e com quais procedimentos, sendo a regra fundamental da democracia a regra da maioria.

Teixeira (2002) ressalta que a democracia depende de mecanismos próprios para se constituir numa prática participativa e que esta não é concessão do Estado. Entre esses mecanismos destaca a formação/construção de subjetividades empoderadas e de capital social (identidades coletivas). Assim, empoderamento e participação podem viabilizar espaços de autonomia, construção de saberes e consolidação da cidadania ativa e da democracia participativa. Para o autor, os educadores em saúde não podem dar poder às pessoas, mas podem torná-las capazes de “descobrir” (no sentido de “tirar as cobertas”) suas habilidades, conhecimentos, valores e recursos que lhes possibilitem tomar conta de suas próprias vidas.

Nesse contexto, ao analisar a experiência de construção da participação social no Sistema Único de Saúde Brasileiro, tendo como objeto de estudo o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1991 a 1998, Gonçalves (2005) considera que democracia é o governo no qual o poder e a responsabilidade cívica são exercidos por todos os cidadãos, diretamente ou através dos seus representantes livremente eleitos. O todo gera um conjunto de princípios e práticas que protegem a liberdade humana e a institucionalização da liberdade e da participação.

Para Pellegrini Filho (2006), é preciso ampliar os espaços democráticos para as decisões de políticas públicas, nos quais elas possam ser debatidas também publicamente, com a participação efetiva dos cidadãos. Nesse ponto, é fundamental que haja equidade

também na comunicação, que vai além das reuniões, da participação institucionalizada: a iniquidade de informação gera outras iniquidades, na medida em que a falta de informação facilita que os setores menos favorecidos da sociedade sejam manipulados.

O autor destaca que se fala muito em políticas baseadas em evidências, mas o fato é que, se não tivermos um processo democrático de tomada de decisão, essas evidências não terão utilidade. Usa-se o que se sabe que funciona e evita-se o que não funciona, daí a importância de pesquisas e métodos de avaliação. Mas o outro pilar é a participação democrática na tomada de decisões, com acesso à informação e inclusão dos excluídos do processo. Pellegrini Filho (2006) completa se referindo ao SUS quando ao prever a participação da sociedade nos conselhos, cria condições para identificar e promover experiências de sucesso também em mobilização social.

Para Pateman (1992), Luchmann (2002), Gonçalves (2005) e Sell (2005), existem vários tipos de democracia, porém dois tem sido mais discutidos atualmente: democracia representativa e democracia participativa.

Democracia representativa, para Boaventura Santos (2002), constitui-se como um modelo ou processo em que os cidadãos não exercem o poder diretamente, mas sim indiretamente, através de seus representantes. Assim, em tese, os "representantes do povo" devem corresponder aos interesses de seus eleitores. As principais críticas em relação à democracia representativa segundo o autor referem-se à diferenciação entre dirigentes e dirigidos, perdendo, assim, de certa forma, uma das características principais da democracia: a igualdade, bem como a ausência mecanismos que assegurem a prestação de contas e a influência e possibilidade de participação da população. O autor defende o corporativismo como forma de representação funcional dos interesses que tem como vantagens a introdução na classe política de pessoas que não são puramente políticos profissionais e a democratização da influência informal, que atualmente só existiria para os grupos mais poderosos.

Para Putnam (2000), essa forma de sistema político tende a criar a impressão da existência de uma categoria especial de pessoas dotadas de capacidades específicas para governar, separando, de certa forma, a política da vida cotidiana. Este modelo hegemônico da democracia representativa desconhece a experiência corporativa dos Conselhos como mecanismos de confrontação dos interesses e de negociação de consensos entre atores socialmente constituídos.

Parte do crescente descrédito em relação à democracia representativa como mecanismo eficaz de agregação de interesses e resolução de conflitos e os problemas de governabilidade que vêm sendo crescentemente enfrentados são, explica Silva (2004),

gerados pela desconfiança nas autoridades governamentais e nos processos decisórios sobre as políticas públicas. Fatores como o crescente poder de veto do capital, a complexificação, burocratização e tecnificação do processo de planejamento governamental, as negociações informais entre grupos de interesse e burocratas são apontados como responsáveis pelo baixo potencial de criação de unidade política através da democracia representativa.

Em consequência, para que exista uma forma de governo democrática é necessária a existência de uma sociedade participativa, isto é, uma sociedade onde todos os sistemas políticos tenham sido democratizados e onde a socialização por meio da participação pode ocorrer em todas as áreas. (PATEMAN, 1992).

A **democracia participativa** funciona como uma democracia direta na base e como um sistema representativo em outros níveis, com o intuito de transformar o cidadão, segundo Pateman (1992), num ator político crítico e consciente, superando o papel de mero expectador.

Gonçalves (2005) e Sell (2005) afirmam que tal sistema se utiliza de mecanismos que proporcionam ao povo um engajamento nas questões políticas, legitimando questões de relevância para a comunidade como um todo, através de uma participação direta, seja pelo plebiscito, pelo referendo, pela iniciativa popular, pela audiência pública, pelas consultas ou por qualquer outra forma de manifestação popular.

Para Pateman (1992), a democracia participativa se caracteriza da seguinte maneira: indivíduos e instituições não podem ser considerados isoladamente; as instituições representativas não podem se reduzir ao nível nacional, pois para que as pessoas participem devem ser tocadas em suas atitudes e aspectos psicológicos; esse desenvolvimento humano (que pode ser entendido, neste caso, como empoderamento) ocorre no processo da participação, portanto, esta e o empoderamento assumem funções educativas (habilidades, conhecimentos, atitudes, cultura e valores); a participação democrática – como educação – se auto-sustenta, tem efeito integrativo e de impacto nas decisões políticas.

Numa concepção mais contemporizada de democracia participativa, Viana (2005) considera que além da atuação dos partidos políticos, como órgãos-de-massa, no sentido de modelo de democracia onde exista uma diminuição gradual do direito igual de desenvolvimento dos pressupostos de mercado e uma ascensão gradual do direito de desenvolvimento individual, deveria ser apresentado um conjunto de pré-condições que seriam as condições sociais da democracia: mudança da consciência do povo e grande diminuição da atual desigualdade social e econômica.

Essa democracia participativa segundo Oliveira (2005) efetiva-se através de associações de bairro, comunitárias, organizações não-governamentais, associações profissionais e sindicatos representativos de categoria, de liberdade de expressão, co-gestão nas empresas, luta pelo direito das minorias, contestação permanente do peso do ônus social decorrente do capitalismo financeiro, que não satisfaz as expectativas do consumidor, orçamento participativo, fiscalização na prestação de contas dos órgãos públicos. Não é somente o exercício através do voto, mas uma participação efetiva com respeito à dignidade humana.

Para tornar a democracia efetiva, é necessário, segundo Figueiredo (2005) e Milani (2002), resgatar o capital social que irá fortalecer a sociedade como um todo, elevando os níveis de confiança da população. Bourdieu (1985 apud MILANI, 2002) conceitua o capital social como sendo um conjunto de relações e redes de ajuda mútua que podem ser mobilizadas efetivamente para beneficiar o indivíduo ou sua classe social.

De acordo com Milani (2002), o capital social é propriedade do indivíduo e de um grupo; é concomitantemente estoque e base de um processo de acumulação que permite a pessoas inicialmente bem dotadas e situadas de terem mais êxito na competição social. Assim, a idéia de capital social remete aos recursos resultantes da participação em redes de relações mais ou menos institucionalizadas e influenciam no desenvolvimento das comunidades. Entretanto, o autor destaca que, o capital social é considerado uma quase-propriedade do indivíduo, visto que propicia, acima de tudo, benefícios de ordem privada e individual.

Coleman (1994 apud MILANI, 2002) define quatro características para o desenvolvimento das comunidades através das obrigações e expectativas: desenvolver a confiança através da cooperação; potencial de informação: as informações advindas das relações sociais levam à conscientização, à cooperação; normas e sanções efetivas: é necessário criar normas fortalecendo que o interesse individual seja secundário ao coletivo, sob pena de enfrentar sanções comunitárias; relações de autoridade: uma pessoa em posição de autoridade tem capital social disponível na forma de controle das atividades daqueles sob sua autoridade.

Alguns autores, como Bobbio (2000), por exemplo, acreditam na mescla entre democracia representativa e democracia participativa. Esse autor destaca que, a primeira, teima em reduzir-se apenas a um ritual mecânico de sucessivas eleições, enquanto que a outra, ao dizer que pode ser eleito qualquer um (o qualunquismo), a desqualifica. Num resumo, pode-se dizer que, para ele, a mescla das democracias tem como fundamento estar sempre em transformação. O seu estado natural é a dinâmica, enquanto que no despotismo predomina a

estática, sempre igual a si mesmo; o direito e o poder são duas faces da mesma moeda. Somente o poder cria o direito, e só ao direito cabe limitar o poder; o centro da atenção da democracia repousa numa concepção individualista da sociedade.

Para Bobbio (1994), independente do tipo de democracia vivenciada por uma organização, esta somente se desenvolve onde os direitos de liberdade têm sido reconhecidos por uma constituição: trata-se de um conjunto de regras que estabelece quem está autorizado a tomar decisões coletivas e quais são os seus procedimentos; baseia-se na regra de que a democracia é o regime da maioria e que o Estado Liberal é o suposto histórico-jurídico do Estado Democrático; é um regime que define o bom governo como aquele que age em função do bem comum e não do seu exclusivo interesse, e se move através de leis estabelecidas, claras para todos e não por determinações arbitrárias; considera um governo excessivamente paternal (*imperium paternale*) como negativo, insistindo que a democracia é um governo de leis por excelência.

Baquero (2001a) afirma que, em sociedades onde a cidadania está ausente, onde não há integração, as desigualdades aumentam e a exclusão social cresce, a democracia se esvazia ou perde seu sentido, havendo a necessidade de buscar outras formas de fortalecê-la, sobrepujando o tradicional. O reativamento do povo e uma cidadania ativa e participante são elementos essenciais da democracia. Sem isso, a democracia fica estagnada e os cidadãos perdem a confiança nas instituições e nos políticos.

O autor considera que a participação não deveria existir apenas para manter a máquina estatal funcionando e como proteção ao indivíduo que contraria as decisões arbitrárias dos líderes, ou seja, a apatia através do treinamento social que mantém a estabilidade da minoria. Esse discurso reforça a visão neoliberal que defende o Estado mínimo, um governo forte para impor a lei e a ordem e a redução de poder de certos grupos (sindicatos, conselhos, associações). Assim, a manutenção de um processo contínuo de exclusão social impediu a entrada de novos sujeitos na esfera política e permitiu que a alocação de recursos públicos fosse privatizada. (BAQUERO, 2001a).

Nesse sentido, Vasconcelos (2006) considera que não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém vertical. Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo. Prioriza a

relação com os movimentos sociais por serem expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade.

Para Santos (2005), muito se tem falado de democracia no país, que politicamente é considerado um país democrático, porém, o que a realidade mostra é um processo de exclusão social, onde uma parcela da população está excluída do acesso à educação de qualidade, do trabalho digno, das boas condições de moradia, entre outros, aumentando as desigualdades sociais. Há uma necessidade crescente de cidadãos mais críticos, dialógicos e conscientes, que desenvolvam uma consciência comunitária e sejam mais ativos, mais participativos e que vivam o coletivo. São essas conexões sociais que possibilitam examinar como se tem produzido e reproduzido exclusões e marginalizações, que só reafirmam as iniquidades sociais.

Concorda-se com Borba (2004) quando diz que é possível identificar estratégias que as publicizem e reflitam na legitimação de políticas públicas voltadas à equidade e à integralidade social, e uma delas é a participação. Assim, participação dos cidadãos se justifica porque engendra o desenvolvimento humano, reduz o distanciamento dos centros de poder, nutre a coletividade, contribui para a formação de cidadãos ativos e conhecedores que pertencem ao Estado/Nação.

Assim, a idéia de democracia participativa também é apresentada por Bohman (2000), que defende a idéia de um processo pautado na cooperação, no diálogo e no comprometimento dos cidadãos para com os resultados de uma interlocução pública. Para ele, ainda, os acordos devem basear-se na construção de interesse comum que, portanto, pressupõe integrar os partidos e o poder público para conduzir o processo de deliberação em espaços públicos como elo condutor na implementação das ações.

Considera-se que a participação social através dos conselhos gestores, em geral, e dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), em especial, uma comunidade pode tornar mais democrático o espaço da assistência à saúde. Isso implica romper com a atual situação de submissão aos gestores, ao Estado, à imposição da dependência dos órgãos públicos e dos profissionais de saúde, dos “pacotes de saúde” impostos por aqueles que planejam os rumos da saúde brasileira. Faz-se necessário, entretanto, compreender o processo histórico e a dimensão conceitual para que se possam vislumbrar os limites e potenciais de participação e empoderamento que encerram.

1.2 A Instituição dos Conselhos Gestores no Brasil e a possibilidade de participação

A origem das formas de participação da comunidade na saúde, influenciando o processo político decisório no Brasil, tem início com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira que surge na década de 70 e vai se consolidando, juntamente com a democratização do País, como uma luta coletiva a partir da articulação dos movimentos dos estudantes, profissionais de saúde, movimento da medicina comunitária e movimento popular de saúde, insatisfeitos com as práticas excludentes da saúde vigentes naquela época. Este movimento culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo caráter foi totalmente participativo, organizado pela população através de seus representantes, propiciando a mudança do então modelo.

Entretanto, somente em 1990, segundo o Ministério da Saúde (2000), a primeira proposta de operacionalização dos mecanismos participatórios se concretizou através da Lei Orgânica de Saúde (n. 8080/90) que descreve e regulamenta o Sistema Único de Saúde Brasileiro e através da Lei no 8142/90, é que são definidas as diretrizes de funcionamento dos mecanismos de participação social, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Os **Conselhos de Saúde** são de caráter permanente e deliberativo, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. As decisões deverão ser homologadas pelo chefe do poder, legalmente constituído em cada esfera de governo. (LEI nº. 8.142/90).

As **Conferências de Saúde** são de caráter nacional e realizam-se a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar e discutir a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

A Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) destaca alguns critérios para o adequado funcionamento dos conselhos. No que se refere à sua composição devem ser paritários, sendo 50% dos representantes usuários e os outros 50%, representantes dos demais segmentos de saúde. Os conselhos não devem possuir menos de 10 nem mais de 20 membros e os conselheiros que representam os usuários devem ser indicados, impreterivelmente, pelas entidades ou movimento que representam. Já os

Conselhos Locais de Saúde (CLS), segundo Santos (2005), são instituídos por Lei Municipal e, geralmente, compostos por 60% de usuários e 40% de profissionais de saúde.

A prática dos Conselhos não têm sido tão emancipatórias quanto se vislumbrava. Não há dúvidas de que a força numérica dos Conselhos está consolidada, mas tem faltado garantir a qualidade dessa participação. Uma das grandes dificuldades parece ser a hegemonia do poder que domina e impede que os Conselhos sejam instâncias deliberativas de fato. “Isto nos faz pensar que há muito que caminhar para que a participação nos conselhos seja de algum modo, mais equânime [...]”. (WENDHAUSEN, 2002).

Em relação à democracia nos conselhos gestores, Borba (2004) aponta alguns problemas para sua concretização, dentre eles: as desigualdades de poder entre os vários atores participantes, dificuldade de mobilização da sociedade para participar nos conselhos e associações, cooptação dos conselheiros por parte dos governos, capacidade diferenciada de acesso a recursos políticos pelos conselheiros, de modo que a paridade numérica não se reflete em paridade efetiva no processo de discussão e tomada de decisões.

Gonçalves (2005) considera que quando se fala na transformação de sujeitos sociais em sujeitos políticos se faz referência não só aos usuários dos serviços de saúde, mas também e com a mesma convicção e quociente de responsabilidade, aos profissionais de saúde que executam as políticas definidas pelos governos. Nesse sentido, a autora vê a participação através dos conselhos enquanto arena de disputa dos diferentes sujeitos sociais envolvidos, representantes de usuários e prestadores. O objetivo é garantir que todos sejam ouvidos, todos possam exteriorizar seus pontos de vista, democraticamente, permitindo o entendimento, transformando estes sujeitos sociais em sujeitos políticos conscientes e responsáveis.

Levando-se em consideração os Conselhos de Saúde, num processo de educação e promoção em saúde, estes podem viabilizar espaços de autonomia, construção de conhecimentos, desmonopolização de saberes, fazeres e poderes e a consolidação da cidadania ativa e, principalmente, de democracia. Santos (2005) ressalta que muito tem se falado de democracia no país, porém, o que a realidade mostra é um processo de exclusão social, no qual uma grande parcela da população se encontra às margens do acesso à educação, ao trabalho digno, à saúde, à moradia, preceitos já estabelecidos na Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Mundial de Promoção a Saúde. Demo (2001) diz que os conselhos devem ser espaços democráticos, envolvidos num processo de conquista de direitos a partir das necessidades da população.

Para Carvalho e Acioli (2007), a prática da participação se relaciona, estreitamente, com a idéia de cidadania ao enfatizar a reivindicação política, a democratização e a socialização do saber.

Já para Valla (1999) e Demo (2001), na prática, a participação parece que ainda não foi entendida e apreendida enquanto conquista e processo que viabiliza transformações nas políticas públicas do país, sendo que o processo de participação tende a ser lento e interligado a outros processos, sobretudo, às políticas econômicas e ao compromisso que cada cidadão assume na sociedade e no Estado. Segundo os autores, mesmo os processos participativos têm tendências e ideologias impositivas, mas estas podem ser negociadas, abrindo espaço de participação e reflexão, pois se caracteriza por um processo de conquista, de múltiplas ações, de diferentes forças sociais capazes de influenciar na formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas.

Teixeira (2002) se refere à participação cidadã como um processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações. Continua, afirmando que esta se diferencia de “participação social e comunitária”, pois não objetiva a mera prestação de serviços à comunidade ou à sua organização isolada e não se trata de simples participação em grupos ou associações para defesa de interesses específicos ou expressão de identidades, estão presentes no processo objetivos mais amplos.

Valla (1999) entende que a participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social.

Para Demo (2001), participação é comum a todas as políticas sociais redistributivas, porque é o caminho fundamental de todas, tendo como objetivos:

- A **autopromoção**: que caracteriza uma política social centrada nos próprios interessados, que passam a gerir ou a co-gerir a satisfação de suas necessidades, visando a superar a carência de ajuda e as formas assistencialistas de política social.
- A **realização da cidadania**: cidadania é a qualidade de uma sociedade organizada sob a forma de direitos (direitos humanos) e deveres (cooperação e co-responsabilidade) reconhecidos, pressupondo que todos são iguais perante a lei. Os canais de participação criam condições para o exercício da cidadania. A cidadania fundamental é aquela que reconhece as injustiças, reconhece os direitos, desenvolve estratégia de reação e tenta mudar o rumo da história.

- A **implementação de regras democráticas de jogo**: a participação é exercício democrático, em que se aprende a eleger, a cassar, a exigir prestação de contas, a desburocratizar. Para que a comunidade tenha voz e vez, é preciso estar organizada. Implementar regras democráticas dá trabalho, pois todos querem opinar, decidir juntos e se torna difícil gerir as discussões, pois onde nunca se discutiu problemas em comum é natural a desordem.
- O **controle do poder**: trata-se do controle feito pela base, este sim é o fenômeno básico da democracia, aceito como necessário e adequado, eliminando as possibilidades de contestação. Quando a sociedade é organizada e consciente de sua cidadania o poder se sente comprometido com ela, decorrendo daí a obrigação de prestar contas, cultivo da moralidade financeira, abertura dos canais de acesso, entre outros.
- O **controle da burocracia**: na sociedade organizada e participativa não há tolerância para certos vícios burocráticos, pois ela é capaz de reivindicar, de pressionar e de mudar as situações. Burocracia que se preza não funciona, pois se faz por pressão e não por vocação. Ainda ressalta que a qualidade da burocracia está na pressão organizada dos interessados, pressão esta que proporcionará a superação das situações degradantes impostas pelos burocratas.
- A **negociação**: que significa tratar as divergências de igual para igual, permitindo a convivência e a realização dos interesses específicos. Negociar significa convencer, chegar ao objetivo, consolidar regras democráticas, aceitar o outro como parceiro, fazer valer seus direitos, conhecer técnicas de persuasão, rever pactos sociais e, até mesmo, propor novos pactos e por favorecer o compromisso mútuo.
- A **cultura democrática**: trata-se de uma situação construída e institucionalizada como regra de vida, como valor comum, como modo de ser. Dentro deste ambiente não se toleram níveis excessivos de desigualdade, como: diferenças excessivas de tetos salariais, famílias em pobreza extrema, menores carentes ou abandonados, mendicância, condições indignas de moradia, entre outros.

Para Bordenave (1994), a prática da participação envolve a satisfação de uma necessidade tão ou mais importante que a da solução de problemas e da conquista e satisfação de direitos básicos, tais como: interagir com outros, auto-expressar-se, desenvolver o pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e a valorização de si mesmo pelos demais. Afirma, igualmente, que a participação, ainda que concedida, encerra em si mesma um potencial de crescimento da consciência crítica, da capacidade de tomar decisões e de

adquirir poder, bem como de exercer a democracia. Pode-se dizer que essa reflexão está bem próxima do que hoje é chamado, por falta de uma palavra mais adequada em português, de **empoderamento**.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a palavra **participação** adquire o significado de **tomar parte, partilhar, trocar, ter influência direta nas decisões e ações**, sendo que esta participação comunitária pode ser entendida como uma tentativa de mobilização social com poder de decisão, de escolha e com consciência das ações e deveres de um indivíduo/coletividade para com a sociedade. Ela envolve princípios doutrinários, como: igualdade, equidade e participação comunitária; três conceitos inter-relacionados que buscam melhor qualidade de vida e dignidade para o ser humano, principalmente, num sistema de saúde que vinha excluindo, cada vez mais, uma parcela da população de nosso país. Salienta também o princípio da participação comunitária totalmente inovadora, pois num país capitalista esta expressão tem um contexto social que evoca senso crítico e ideais políticos.

Para Bordenave (1994), o conceito de participação vem da palavra **parte**, fazer parte de algum grupo ou associação, tomar parte numa determinada atividade ou negócio, ter parte, fazer diferença, contribuir para construção de um futuro melhor para a sociedade atual e para as futuras gerações. A abordagem é sempre do ponto de vista da participação ativa e nunca passiva, como aquela de um mero participante, aquele que faz parte, mas não contribui para mudanças decisivas na sociedade. O autor considera que a participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo. Além disso, sua prática envolve satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como: a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e, ainda, a valorização de si mesmo pelos outros. A participação é inerente à natureza social do homem, tendo acompanhado sua evolução desde as tribos e os clãs dos tempos primitivos até as associações (terceiro setor), empresas e partidos políticos de hoje.

Participação é um aspecto fundamental da democracia. Segundo Oliveira (2005), democracia é um estado de participação. As rádios e as TVs convidam seus espectadores a “participarem” (interatividade), os partidos políticos conclamam à participação; as associações e agremiações recendem participação popular em todos os seus membros e em todas as suas ações. Isso também acontece em associações, agremiações, governos e entidades nacionais e internacionais, nas quais a participação é necessária, essencial.

Segundo o autor, a participação está agregada ao descontentamento geral do povo com a marginalização que sofre, aliás, algo surpreendente está ocorrendo com a participação:

estão a favor dela tanto os setores progressistas que desejam a democracia mais autêntica (fortalecimento da consciência crítica da população e do seu poder de reivindicação) quanto os setores conservadores, tradicionalmente não favoráveis aos avanços das forças populares (aqueles que objetivam não socializar o poder de decisão).

Já do ponto de vista dos planejadores democráticos (administradores públicos), Oliveira (2005) diz que a participação garante o controle das autoridades por parte do povo, visto que as lideranças centralizadas podem ser levadas facilmente à corrupção e à utilização de fundos. Quando a população participa da fiscalização dos serviços públicos, estes tendem a melhorar em transparência, qualidade e oportunidade.

Na área da saúde refere-se a controle social para falar de participação em saúde. No entanto, deve-se fazer um esclarecimento conceitual, pois, segundo Vargas (2006), a simples referência à expressão **controle social** provoca arrepios em alguns, que logo o associam ao autoritarismo. É que, na sociologia, esse termo polissêmico tem significado oposto ao que lhe atribui o amplo campo jurídico, constitucional e de cidadania. Atualmente, o termo adquiriu outro significado, o da sociedade controlando o Estado. Carvalho (2006) enfatiza que, sociologicamente, a expressão caracteriza a idéia de um controle do Estado ou dos segmentos dominantes sobre o conjunto, estando associada à idéia de domar, de conter as forças e dar certa homogeneidade à população, porém, ao longo do tempo, o termo ganhou designação pluralista, que inspirou as formas mais recentes do controle do Estado pela sociedade.

Na prática, o controle social na saúde abrange todos os mecanismos que, de alguma forma, controlam, interferem e fiscalizam as decisões dos governos no setor. Os conselhos e as conferências de saúde são os braços mais conhecidos do controle social, mas o processo ainda abarca iniciativas de caráter coletivo e individual, como conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso e, acrescenta-se, os conselhos locais de saúde, entre outras.

Os conselhos gestores em saúde devem tornar-se um espaço de legitimação do SUS e os conselheiros, multiplicadores de concepções e práticas em saúde com o objetivo de ultrapassar o discurso ideológico de incorporar as iniciativas populares. Entretanto, o que se vê no dia-dia são conselhos que ainda não conseguiram conquistar o espaço de controle social almejado. Nesse sentido, sente-se a necessidade de investigar o empoderamento dos usuários do SUS, pois se considera que a participação popular através dos conselhos gestores, dentre eles, os Conselhos Locais de Saúde (CLS), ainda é um desafio. Para que aconteça são necessárias mudanças sociais, culturais, econômicas, incluindo-se a mudança na concepção de saúde, considerando sua relação com as condições sociais e a mudança na relação entre

usuários e instituições, de modo que os primeiros se tornem mais autônomos e exerçam sua cidadania frente aos problemas de saúde. A concretização da estratégia de empoderamento dos atores é um elemento fundamental para que tais mudanças ocorram.

1.3 Empoderamento aspectos históricos e conceituais

Na década de 1970 surgem os primeiros trabalhos analíticos que influenciaram no surgimento do empoderamento como o conceito central que define todos os processos de desenvolvimento. O debate travado naquela década entre as escolas de análise baseadas na **modernização** ou na **dependência** como as causas do subdesenvolvimento, centrou sua atenção na clara relação entre **poder** e **pobreza**. Oackley e Clayton (2003) relatam que, em 1980, uma ampla corrente analítica começou a reunir evidências sobre as quais se baseia muito da força contemporânea do conceito de **empoderamento**. Esta corrente é denominada de escola do **desenvolvimento alternativo**, a qual contrasta profundamente com a perspectiva da escola da modernização. Esta última é considerada como uma constante nos processos sociais, incrustada no poder político, econômico e social, bem como no refinamento dos paradigmas **alternativos** sobre desenvolvimento no decorrer das décadas de 1980 e 1990, em torno da noção de **empoderamento**.

Segundo Oakley e Clayton (2003), por volta de 1990 o empoderamento já tinha se convertido em um conceito central no discurso e na prática do desenvolvimento. Como resultado, torna-se um objetivo operacional atualmente evidente nas políticas e nos programas das ONGs nacionais e internacionais. Assim, o empoderamento se converteu em um objetivo maior nas intervenções para a promoção do desenvolvimento social, como fator de mudança. O desenvolvimento social como **mudança** é qualificado como análise de poder e como conjunto de ações orientadas a estimular o empoderamento de grupos que carecem de acesso aos recursos e às instituições que lhes permitam competir mais efetivamente na luta para alcançar seu sustento.

Conforme Baquero (2001a) empoderamento é uma palavra que deriva da língua inglesa *empowerment* e tem raízes nas lutas pelos direitos civis, principalmente, no movimento feminista, assumindo significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, ao aumento de informação e à percepção com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia.

Para Demo (2001), o fortalecimento das comunidades, aqui entendido como empoderamento, passa a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada ator social assume junto com o Estado, diante da vida; na aceção de tomar os rumos para influenciar no destino dos recursos públicos e na formulação de políticas públicas que representem a necessidade e a vontade dos cidadãos. Para o autor, significa entender que a transformação da realidade é uma tarefa comum ao ser humano que envolve laços de afeto, inclusão, sentimento de pertencimento e politização.

De acordo com Kleba (2000) e Baquero (2001a), o empoderamento é um objetivo-chave de muitas intervenções para o desenvolvimento das comunidades. É um desafio para os militantes na área de desenvolvimento e aprofundar seu conhecimento a respeito do conceito consiste em reconhecer sua complexidade, suas forças, suas limitações e explorar como se pode avaliar se o empoderamento está ou não sendo implementado através da comunidade e como ela se vê.

O empoderamento é um processo dinâmico de desenvolvimento, centrado na comunidade local e que envolve a dignidade recíproca, a reflexão crítica, a participação e o cuidado do grupo, através dos quais aqueles que carecem da possibilidade de compartilhar os recursos existentes ganham maior acesso e controle sobre tais recursos, através do exercício de ampliação do equilíbrio de poder. (OAKLEY; CLAYTON, 2003).

Nos trabalhos de Zamora (2006) a questão do *empowerment* se relaciona com as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, com a pobreza estreitamente ligada à falta de acesso a oportunidades para participação e crescimento individual.

Para Laverack e Labonte (2000) o *empowerment* pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas ou como mudança para uma maior igualdade nas relações sociais de poder (por exemplo, nas relações com quem detém recursos, legitimidade, autoridade e/ou influência). Os autores ressaltam que esta mudança estrutural seria não só uma preocupação prioritária como também consequência natural de programas efetivos de promoção da saúde.

Já Zamora (2006) destaca que os programas que trabalham na perspectiva do *empowerment* comunitário são considerados pela literatura como utilizando uma abordagem *bottom-up* – de baixo para cima – em contraposição a programas verticais, *top-down* – de cima para baixo –, que são propostos a partir de uma perspectiva institucional, focalizados em questões ligadas à prevenção de doenças e a mudanças de comportamento, na qual o *empowerment* é visto apenas como instrumental.

Nos termos de Vasconcelos (2004), *empowerment* significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. Ainda segundo o autor, trata-se de um termo multifacetado, que contou com a contribuição essencial de Paulo Freire (1996) para sua formulação original. Um dos aspectos fundamentais do *empowerment* diz respeito às possibilidades de que a ação local fomenta a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. Assim, o trabalho comunitário que busca o *empowerment* contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que promovem, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais, e, essencialmente, confere **poder** ao sujeito social envolvido.

Esta concepção de ampliação do poder ou fortalecimento da participação comunitária, o que Carvalho (2006) caracteriza como “empoderamento comunitário”, emerge de estratégias que promovem a participação, visando ao controle sobre a vida por parte dos indivíduos e das comunidades; a eficácia política e democrática; maior justiça social, a melhoria da qualidade de vida e a atuarem sobre seus próprios problemas.

Nesse contexto, segundo Figueiredo (2004), quando se fala de processo de “empoderamento” se faz referência a posições relativas ao poder formal e informal, desfrutado por diferentes grupos socioeconômicos, e às conseqüências dos grandes desequilíbrios na distribuição desse poder. Um processo de empoderamento busca intervir nesses desequilíbrios e ajuda a aumentar o poder daqueles grupos “desprovidos de poder” em relação aos que se beneficiam do acesso e uso do poder formal e informal.

Transpondo o conceito de empoderamento para área da saúde, Kleba (2000) compreende que os indivíduos melhoram o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, modificando a realidade, envolvendo a prevenção dos agravos à saúde e a promoção à saúde, como meta a ser atingida através dessas mudanças que propiciam a melhoria na qualidade de vida dos envolvidos. Em tal processo o indivíduo ou o coletivo usa seu poder, faz escolhas e toma decisões relacionadas ao seu modo de vida, ao seu trabalho e à sua saúde, assumindo o controle de sua vida, exercendo seu direito de cidadão.

Kleba (2000 apud STARK, 1996) considera que o processo de empoderamento se organiza em três níveis:

- **Nível pessoal:** em que há a compreensão crítica das relações sociais e políticas, a descoberta da capacidade de poder influenciar situações, a disponibilidade para

tomar conta de sua vida, autoconfiança, ser ativo e estar integrado à comunidade. Em nível individual, a experiência, a compreensão crítica das relações sociais e a descoberta da capacidade e força pessoal conduzem à autoconfiança e à disponibilidade para assumir a vida com as próprias mãos. Aqui interagem variáveis cognitivas, como, por exemplo, a (auto) avaliação das capacidades pessoais, bem como dos resultados esperados, e elementos motivacionais, como o desejo de ser ativo e de exercer influência sobre o meio.

Por outro lado, *empowerment* implica um processo de integração na comunidade, em que diferentes formas de engajamento auto-organizado podem ser consideradas campos de aprendizagem e de desenvolvimento, contribuindo para o aumento de sentimentos como a autovalorização e o reconhecimento pessoal junto aos membros ativos do grupo (STARK, 1996 apud KLEBA, 2000).

- **Nível grupal:** em que se buscam objetivos idealizados, há respeito e apoio entre os membros do grupo, ação social coletiva e articulação com outras pessoas e organizações;

Em nível grupal ou das organizações, Stark (apud KLEBA, 2005) diz que são necessárias estruturas decisórias participativas e a redução do conflito de papéis. A autora cita como fatores essenciais ao desenvolvimento de um processo de *empowerment* nesse nível: (a) temas de discussão e engajamento de interesse geral, mas abordados em nível de ação específica, de forma a trazer ganhos diretos a todos os membros; (b) identificação de objetivos a longo prazo e resultados parciais a curto prazo; (c) acesso a dados de forma sistematizada que possam sustentar pontos de vista e interesses; (d) desenvolvimento de uma sensibilidade para conflitos latentes (internos e externos à organização) e suas soluções potenciais; (e) articulação com parceiros potenciais e organizações sociais. Assim, o desenvolvimento do processo de *empowerment* em nível grupal tem continuidade somente se este for vivenciado por seus membros.

- **Nível estrutural:** em que há sensibilização para recursos sociais existentes na comunidade, utilização de oportunidades externas, mediação de capacidades associativas, motivação para projetos conjuntos, inserção social e política, criação, conquista e ampliação da participação e cidadania.

Em nível estrutural, o empoderamento requer dos indivíduos e grupos a inserção nos processos sociais e políticos. Nesse sentido, devem ser criados, conquistados e ampliados os espaços de intervenção para uma participação cidadã.

Para Stark (1996 apud KLEBA,2005), neste nível devem ser constituídas relações entre organizações e instituições públicas, ampliando, garantindo e viabilizando a participação dos cidadãos nas esferas importantes de decisão sócio-política; em que o direito de participar não deve restringir-se à criação e à utilização de serviços sociais, mas alcançar o processo de formação de uma consciência social.

Oakley e Clayton (2003), em estudo que examinou o empoderamento de um grupo de mulheres no contexto de um programa de capacitação de promotores de saúde em Honduras, também classificou o empoderamento em níveis, de acordo com os resultados obtidos em todo o processo de empoderamento. Dessa forma, os autores apresentam:

- **Empoderamento pessoal:** é o empoderamento em que as pessoas, neste caso as mulheres, participaram de círculos de estudos, aumentam sua auto-estima e sua autoconfiança como resultado de sua participação. Neste nível a pessoa já consegue olhar sua vida de outra maneira, sendo mais crítica, adquirindo novas habilidades, conhecimentos e atitudes.
- **Empoderamento nas relações:** neste nível as pessoas se destacam em suas relações cotidianas. Já expressam mudanças como maior envolvimento na tomada de decisões relacionadas a assuntos monetários, maior liberdade de movimento nas comunidades, melhoria na forma em que são tratadas pelo marido, e, por sua parte, estão mais conscientes da necessidade de melhorar suas relações com os filhos. Este nível expressa a capacidade de o indivíduo desenvolver a habilidade para negociar e influenciar na natureza das relações e decisões tomadas.
- **Empoderamento coletivo:** há pouca evidência para sugerir que os círculos de estudo tenham levado a certo empoderamento coletivo. Entretanto, neste nível, a equipe está agora desenvolvendo um programa sem o apoio do voluntário. Há indivíduos que trabalham para gerar um impacto maior, como a formação de uma cooperativa ou o envolvimento com as estruturas políticas.

Para Oakley e Clayton (2003), empoderamento ainda pode ser avaliado através de indicadores em nível interno e em nível externo. O **Empoderamento interno** (Quadro 01) se dá em longo prazo e sua prática consiste em aprendizagem, em envolver e receber indivíduos, classificar e reter informação. Tanto para os indivíduos como para os grupos o conhecimento é o resultado de um processo complexo de manejar quantidades de informação e de participação. O comportamento, a forma como atua e faz as coisas estão muito vinculados ao seu conhecimento e à percepção do mundo no qual vivem. A mudança nas idéias, por exemplo, o conhecimento, é um pré-requisito.

Já o **empoderamento externo** (Quadro 02) consiste em maior atuação grupal, em comunidade – pessoas com algum objetivo em comum e que parecem ter adquirido confiança em si mesmas, que parecem ter adquirido um pouco de autoconfiança. Oakley e Clayton (2003) afirmam que o empoderamento em nível interno ou externo será legítimo somente se

alguns indicadores particulares de cada um estiverem presentes para uma possível avaliação. Vê-se, nos quadros a seguir, o resumo dos indicadores apontados pelos autores anteriormente citados.

OBJETIVO	INDICADORES
Autogerenciamento	Aumento de membros e tendências. Procedimentos e regras claras. Frequência geral a reuniões. Contabilidade registrada de maneira apropriada.
Resolução de problemas	Identificação de problemas. Habilidade para analisar.
Democratização	Livre e justa seleção de líderes. Lista dos membros mais frágeis na tomada de decisões. Transparência na informação.
Sustentabilidade e autoconfiança	Resolução de conflitos. Ações iniciadas pelo grupo. Estado legal.Sistemas de apoio intragrupo

Quadro 01: Indicadores de empoderamento interno

Fonte: Sketty (1997 Apud OAKLEY; CLAYTON2003).

OBJETIVO	INDICADORES
Construção de vínculos	Influência nas diferentes etapas do projeto. Representação na administração do projeto. Grau de autonomia financeira.
Com agências do Estado	Influência dos fundos de desenvolvimento estatais. Influência em outras iniciativas de desenvolvimento. Estatal na área.
Com os grupos políticos e sociais	Representação nestes grupos. Ante-sala com os principais partidos do local. Influência local, colégios, centros de saúde.
Com outros grupos e movimentos sociais	Formação de federações. Trabalho em rede. Nível de dependência das elites.
Com as elites locais e com os não-membros	Nível de dependência das elites locais. Grau de conflito. Habilidade para incrementar o poder.

Quadro 02: Indicadores de empoderamento externo

Fonte: Sketty (1997 apud OAKLEY; CLAYTON, 2003).

Dessa forma, pode-se dizer que os programas planejados da comunidade para a gestão são iniciados a partir da visão e da percepção da comunidade e consideram um aumento na sua capacidade e poder como importantes resultados para a melhoria da saúde. Esta polaridade tende a se extinguir na medida em que, cada vez mais, surgem evidências da

importância do *empowerment* comunitário e individual (e de suas dimensões, tais como: auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio) para a promoção da saúde.

A relação entre empoderamento, participação, democracia, promoção e educação em saúde se dá à medida que o empoderamento se insere como uma estratégia de ganho de saúde, no reconhecimento de que as pessoas podem assumir a co-produção de sua própria saúde e do local onde vivem, desde a aquisição de hábitos salubres até a prática de atitudes saudáveis e de cidadania, que incluem a intervenção nos destinos das verbas públicas, promovendo, assim, o desenvolvimento social.

Pensar em empoderamento em saúde e controle social emerge da necessidade de conceituar e analisar a questão do poder. Assim, utiliza-se os conceitos e análises de Wendhausen (2002) que utilizou os conceitos de Foucault (2008) para analisar o poder no âmbito da saúde e participação social em sua tese de doutorado.

Foucault (2008) considera que a maioria dos estudos políticos no âmbito do poder o vêem como algo negativo, relativo à questão jurídica da intervenção, o qual parte do estabelecimento de uma relação negativa com o objeto a ser investido, no sentido de barragem de rejeição, recusa, exclusão, estabelecimento de regras sobre o que pode e o que não pode ser feito. Entretanto, o poder não é algo somente negativo ou proibido. Ele pode ser tolerável a partir das relações que se estabelecem através de seu exercício, pois ele funciona em rede. É um conjunto de ações possíveis; incita, induz, desvia, torna mais ou menos provável; coage ou impede, mas sempre é uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos e o quanto eles agem ou estão aptos para agir.

Segundo Wendhausen (2002), é importante perceber que o conceito de poder vai além da simples presença em assembleias. Trata-se de um conceito sistêmico, em que se reconhece que deve haver maior poder na tomada de decisões e controle por parte dos que antes não detinham qualquer poder, há uma necessária transformação a ser feita ao longo do sistema. Ora, com a simples participação (que pode ser confundida com aquiescência) essa alteração só pode ser "esperada". Já o empoderamento pressupõe uma participação crítica e ativa que não pode, de forma alguma, ser confundida com a simples "presença" ao longo do processo de decisão.

De acordo com Oakley e Clayton (2003), o conceito de empoderamento não é uniforme, revelando dois pontos de vista contrastantes sobre a importância do poder no contexto de desenvolvimento: um no sentido de transformação radical entre os que têm e os que não têm poder e outro no sentido de conscientização como a dinâmica crucial das

mudanças sociais. Esta interpretação argumenta que somente centralizando-se nos padrões de mudança existentes e aplicando-os será possível uma mudança significativa.

Sob esse aspecto, Kleba (2000) considera que o poder é visualizado, no sentido usado por Paulo Freire (1997), como um aumento da conscientização e desenvolvimento de uma “faculdade crítica” entre os marginalizados e oprimidos. Este é o poder de “fazer” e de “ser capaz”, bem como de sentir-se com mais capacidade e no controle das situações. Dessa forma, pode-se dizer que ambos os olhares consideram que poder é uma transformação, uma mudança que pode ser vertical ou do indivíduo em relação à sua vida.

Na visão de Oakley e Clayton (2003), do ponto de vista sociológico, distinguem-se três formas básicas de poder – social, político e econômico – e demonstram que o acesso a essas diferentes fontes tem um efeito benéfico na habilidade para progredir do indivíduo, da família ou do grupo. De acordo com os autores, o poder se manifesta em três grandes áreas:

- o poder como maior confiança na capacidade pessoal para levar adiante algumas formas de ação;
- o poder como aumento das relações efetivas que as pessoas desprovidas de poder podem estabelecer com outras organizações;
- o poder como resultado da ampliação do acesso aos recursos econômicos, tais como crédito e insumos.

Dessa forma, Kleba (2005) considera que o centro deste processo é o incremento do poder das comunidades - a posse e o controle dos seus próprios esforços e do seu destino. Uma comunidade que trabalha para atingir objetivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e poder coletivos para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos.

Para Oakley e Clayton (2003), o desenvolvimento social como empoderamento não é uma terapia para fazer com que os pobres se sintam melhores com a sua pobreza, também não é simplesmente apoio às “iniciativas locais” ou fazer com que tenham mais consciência política. Ao contrário, o empoderamento está relacionado a uma “mudança positiva” nos indivíduos e nas comunidades e, em um sentido estrutural, na organização e na negociação em longo prazo.

Carvalho (2006) considera que semelhante ao que ocorre com outros conceitos de desenvolvimento, tais como os relacionados à sociedade civil e à participação, sempre existe o perigo de que o uso do empoderamento no contexto das intervenções possa acabar limitado a pouco mais que uma maior participação na tomada de decisões nos projetos, e ter pouco ou nenhum impacto sobre mudanças estruturais maiores. Esse risco gerou a preocupação de que

o uso do conceito, em desenvolvimento, pudesse mascarar a verdadeira natureza das relações de poder.

Para Demo (2001), empoderar passa a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada ator social assume, junto com o Estado, diante da vida; na acepção de tomar os rumos para influenciar no destino dos recursos públicos e na formulação de políticas públicas que representem a necessidade e a vontade dos cidadãos. Significa entender que a transformação da realidade é uma tarefa comum ao ser humano, que envolve laços de afeto, inclusão, sentimento de pertencimento e politização.

Desse modo, coloca-se como necessária à participação da população nos processos de decisão e elaboração de políticas que fortaleçam o exercício da cidadania, que habilitem a população a exercer o controle do que Bydlowski, Westphal e Pereira (2004) consideram como destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde.

Assim, a participação pode ser vista como crítica ao poder, no sentido de que a participação não é cúmplice dele, mas uma das formas de se promover um embate para um processo de transformação social, organização democrática, dentro de uma instituição que pode ser o Conselho Local de Saúde. Campos (2004) afirma que a participação institucionalizada deve ser um mecanismo permanente de construção da democracia e de transformação do setor saúde. É esta a relação que se busca quando se pretende ir para as comunidades através das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), através da participação, do proporcionar espaços de discussão, de conhecimentos sobre a realidade no sentido de responsabilidade, que é inerente à democracia; e aumentar os níveis de organização da população, o que representa uma contribuição essencial para o fortalecimento da democracia e o empoderamento dos indivíduos e do coletivo.

Para Borba (2004) e Figueiredo (2004) falar de empoderamento equivale a sugerir que há grupos que estão totalmente às margens do poder e que necessitam de apoio para “empoderar-se”. Sendo assim, o desenvolvimento social como empoderamento não vê os indivíduos pobres como carentes de apoio externo, de “ajuda do governo”, mas de uma maneira mais positiva. Busca criar uma perspectiva de desenvolvimento interativo e compartilhado no qual reconheçam suas habilidades e o conhecimentos das pessoas com quem convivem.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo aqui apresentado teve como objetivos descrever a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí/SC e mediar um processo de discussão em um conselho local de saúde neste mesmo município.

O estudo é descritivo, utilizando-se de dados quantitativos e qualitativos. Com os dados quantitativos se perseguiu o objetivo de investigar o processo de implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí/SC e, a seguir, mediante um diagnóstico da situação atual, selecionou-se o conselho local de saúde do bairro Dom Bosco, no qual ocorreu a intervenção, utilizando-se a metodologia qualitativa. Tal metodologia permitiu uma maior aproximação às práticas no cotidiano deste conselho. O município escolhido para a pesquisa foi o da sede do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho/UNIVALI, Itajaí/SC, como já mencionado anteriormente.

O município de Itajaí foi criado pela Lei nº 164, de 04/04/1859, mas a sua instalação somente se deu em 16 de Junho de 1860. Colonizada, em sua maioria, por imigrantes açorianos, a cidade faz questão de preservar a cultura de seus antepassados através de sua arquitetura, festa portuguesa e a atividade com pescada. (ITAJAÍ, 2007).

Segundo dados do IBGE (2001), a população de Itajaí é de 147.000 habitantes. É um dos onze municípios que compõem a Associação do Vale do Rio Itajaí-Açu – AMFRI onde, também, encontra-se instalada sua sede.

A economia é sustentada pelo porto, pelo comércio atacadista de combustível, pela logística e pela pesca. No entanto, o setor de produção industrial também exerce importante papel na arrecadação do município através da importação e exportação, bem como a comercialização de gêneros alimentícios. De acordo com a SDR (2005) Itajaí é sede do maior porto pesqueiro do País, da segunda maior universidade do Estado e do único píer exclusivamente turístico do Brasil, faz da cidade uma das 20 maiores cidades do Estado de Santa Catarina.

Itajaí é sede da AMFRI - Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açu, como já mencionado, da 17ª Regional de Saúde, da Capitania dos Portos de Santa Catarina e de uma das Secretarias de Desenvolvimento Regional do Estado. O município sedia, também, a segunda maior universidade do Estado, o maior porto pesqueiro do País e o único píer exclusivamente turístico do Brasil.

No setor industrial, o destaque fica para os gêneros de produtos minerais, não metálicos (principalmente produção de cimento), produtos alimentares (pescados industrializados, carnes, aves e farináceos), papel e papelão e produtos de matérias plásticas. (ITAJAÍ, 2007).

Como se pode notar, a cidade é dotada de várias características que a tornam um centro de diversidade social, econômica e cultural.

2.1 O diagnóstico da implantação dos conselhos locais de saúde

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS), em Itajaí/SC, foram implantados a partir de 2005. Foram regulamentados através da Lei Municipal 4.376/05, que reestrutura as representações dos conselheiros em nível municipal e o compromisso de participação social através das Unidades de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí encontram-se vinculados a Unidades de Saúde da Família de Bairros pertencentes ao município. Tais conselhos se encontram em etapa de implantação nos seguintes locais: Promorar, Rio Bonito, Jardim Esperança, São Judas, Itaipava, Dom Bosco e São João.

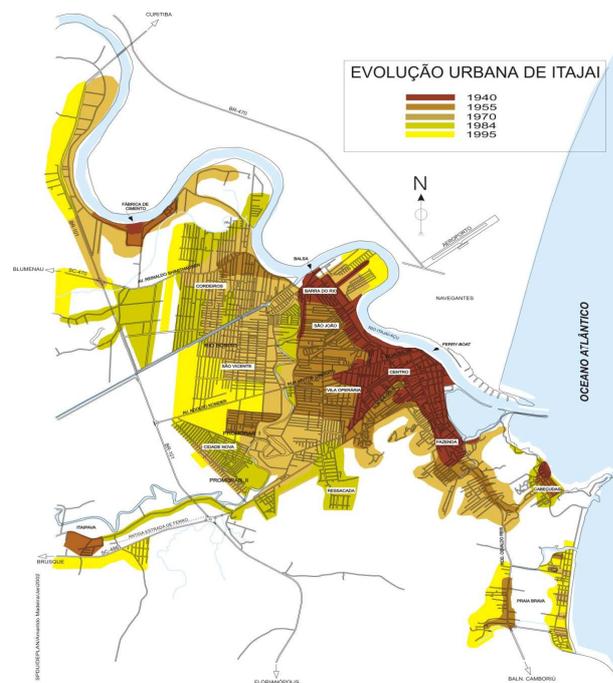


Figura 1: Mapa de Itajaí apresentando a evolução urbana
Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento de Itajaí (2006).

Segundo informações coletadas nas próprias unidades e através da executiva do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí, as reuniões nesses conselhos ocorrem uma vez por mês, tendo como mediadora a equipe de Saúde da Família, através da mobilização e participação da comunidade. Em relação à composição, ainda não há um documento que oficialize a representação e composição dos Conselhos Locais. Entretanto, as comunidades já estão em processo de organização, começando a discutir e tentando resolver seus problemas. Atualmente, são oito conselhos distribuídos no município.

Este primeiro momento da pesquisa buscou responder ao primeiro objetivo e se deu em três etapas, descritas a seguir:

- **Primeira Etapa:** Contatou-se com a Secretaria Municipal de Saúde através da executiva do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí para que se tivesse acesso aos documentos existentes sobre os conselhos locais, tais como: lei de implementação, responsável, endereço, telefone e, principalmente, as datas das reuniões.
- **Segunda Etapa:** Para conhecer a estruturação dos CLS de Itajaí, utilizou-se informações colhidas através dos informantes-chave. Para a escolha desses participantes se levou em consideração seu conhecimento sobre a história, a dinâmica e organização dos conselhos. Isto é, considerou-se informantes-chave aqueles conselheiros que possuíam maior envolvimento com o conselho, maior tempo de atuação e maior disponibilidade em participar do presente estudo. Entrevistaram-se sete conselheiros locais de saúde, sendo um de cada conselho pesquisado. O instrumento utilizado (roteiro para a entrevista) encontra-se no Apêndice A.
- **Terceira Etapa:** utilizou-se um questionário (Apêndice B), aplicado a todos os conselheiros que se dispuseram a participar da pesquisa, dando preferência ao titular e, na sua ausência, ao suplente. Foram aplicados trinta e cinco questionários, o que correspondeu a 47% da população total de conselheiros existente, que perfaz um total de 76 conselheiros. A maioria dos instrumentos foi aplicada antes ou após as reuniões dos conselhos, nos meses de novembro de 2006 a março de 2007. Considerando-se que os conselhos entraram em recesso no fim do ano e pela dificuldade para encontrar alguns conselheiros nas reuniões ordinárias, vários questionários foram aplicados no domicílio ou no local de trabalho dos participantes, conforme contato prévio.

A discussão dos dados quantitativos privilegiou a análise dos seguintes indicadores: identificação dos conselheiros (idade, estado civil, sexo, escolaridade, renda individual, renda familiar, dependentes da renda, profissão/ocupação), participação/representatividade nos conselhos e envolvimento político.

2.2 O processo de discussão com o conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco

Mapeada a situação dos conselhos locais em Itajaí/SC, selecionou-se um deles, o Conselho Local de Saúde do bairro Dom Bosco, em que se realizaram encontros, a fim de implementar um processo de discussão sobre a situação atual do conselho. A escolha por este conselho local se deu por fatores relacionados à disponibilidade dos conselheiros em participar dos grupos; por estar mais próximo a Universidade e pelo acesso mais rápido e claro às informações necessárias. Destacou-se, também, a colaboração dos profissionais de saúde das duas equipes de saúde da família, que apoiaram irrestritamente o estudo.

Nessa etapa da pesquisa pretendia-se: 1) averiguar *in locu* como se deu a implantação e desenvolvimento do conselho, e 2) problematizar algumas questões colocadas pelos próprios participantes em relação à sua participação no conselho, as quais demandariam reflexões com vistas a “desnaturalizar” práticas que poderiam tornar-se “desempoderantes”. Para chegar a tais propósitos, seguiu-se os procedimentos que são descritos na seqüência:

- **O contato com o Conselho Local de Saúde do bairro Dom Bosco:** contactou-se com um informante-chave do Conselho Local de Saúde do bairro Dom Bosco que possibilitou o acesso às reuniões, aos documentos, às atas e o contato com os demais conselheiros. O informante do Conselho Local de Saúde do bairro Dom Bosco foi um profissional de saúde da equipe ‘19’ do Programa de Saúde da Família, docente da UNIVALI e que, no momento da pesquisa, atuava como vice-presidente do Conselho Local de Saúde. Juntamente com o informante-chave, participou-se de uma primeira reunião do Conselho, em 20 de junho de 2007, na qual a pesquisadora se apresentou e expôs a proposta do projeto, dos grupos de discussão e agendou com todo o grupo de conselheiros o encontro que aconteceria em quinze dias.

- **Os grupos de discussão:** Para mediar os encontros com os conselheiros, a pesquisadora utilizou o método **grupos de discussão**, proposto por Flick (2004), que consiste em enfatizar o "aspecto interativo da coleta de dados" e propiciar uma "economia de tempo" por meio da obtenção de mais de um depoimento ou opinião sobre um determinado assunto de uma única vez. O autor destaca que quando em grupo os elementos das dinâmicas e da discussão entre os participantes estão relacionados aos caminhos que tomam as discussões na construção de conceitos, críticas e análise de processos comuns de resolução de problemas vivenciados pelo grupo.

Para Flick (2004), a estimulação dos grupos de discussão por parte do moderador/entrevistador identifica as atitudes, as opiniões e as práticas cotidianas dos indivíduos relacionados, os quais possuem algo em comum, isto é, há semelhança de objetivos entre o grupo em questão e o consenso dos participantes, negociando a discussão acerca de um determinado assunto. Assim, os debates em grupo são um meio de melhor analisar opiniões individuais daqueles que entendem as discussões em grupo como meio para chegar a uma opinião que ultrapasse o limite dos indivíduos. Ao tomar-se contato com esta metodologia, entendeu-se que seria apropriada ao propósito do estudo: coletar dados a respeito do andamento do conselho e, ao mesmo tempo, provocar a reflexão dos participantes em relação a este processo.

Para planejar as oficinas de discussão, tomou-se por base os procedimentos metodológicos do Círculo de Cultura proposto por Freire (1997), que se constitui numa estratégia de educação libertadora. Nele não haveria lugar para o professor bancário, que tudo sabe, nem para um aluno passivo, que nada sabe. O Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a construção coletiva do conhecimento. De acordo com Saupe, Brito e Giorgi (1997), originariamente proposta como uma pedagogia libertadora e problematizadora, ultrapassa os limites da educação enquanto disciplina social e passa a ser entendida, também, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre a leitura e recontá-lo, transformando-o pela ação consciente. Ultrapassando o campo específico da educação para o mundo dos homens, ele permite uma transformação pela ação consciente, pela aproximação maior com os conceitos de homem, de diálogo, de humanismo, de cultura, de conscientização que possibilita sua utilização por outras disciplinas.

Para as discussões seguiram-se os seguintes passos, propostos por Freire (1997):

- **Levantamento de temas ou palavras geradoras:** são gerados(as) considerando-se o diagnóstico da realidade. Do tema gerador geral sairá o recorte para cada uma das áreas do conhecimento ou para as palavras geradoras. Portanto, um mesmo tema gerador geral poderá dar origem a várias palavras geradoras.
- **Codificação:** através da seleção de temas e palavras geradoras, os participantes expõem seu entendimento sobre o tema ou a palavra. Nesse momento, realiza-se o estudo sobre o significado social, ou seja, a consciência do vivido frente aos problemas vivenciados pelo indivíduo ou pela coletividade. É o que se denomina de **codificação**.
- **Decodificação ou descodificação:** em que se busca a substituição da primeira visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido. O questionamento dos códigos utilizados para descrever a situação e a sua problematização. O cultivo da dúvida sobre códigos postos ou impostos: a “descodificação”. Esta problematização de acordo com Freire (1997) nasce da consciência que os homens adquirem de si mesmos que sabem pouco ao próprio respeito. Esse pouco saber faz com que os homens se transformem e se ponham a si mesmos como problemas.
- **Desvelamento crítico,** que representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, que agora é vista com outros olhos e que possibilita e leva a uma ação na busca de sua superação.

Nessa etapa, considerou-se a devolutiva e a observação do processo de desenvolvimento do conselho e dos conselheiros. Participou-se de mais uma reunião, não como mediador, mas como integrante do grupo. Contribuiu-se com as tarefas assumidas nas oficinas, nas quais a pesquisadora se comprometeu com a distribuição de convites, auxiliou na divulgação das reuniões (impressos e convites) e, ainda, a prover o CLS de um modelo de regimento de conselho local para iniciar a discussão. Apresentou-se parcialmente os dados encontrados, bem como participou das discussões e deliberações ocorridas nesta última reunião. Nessa etapa foi possível observar um grupo mais estruturado, com novos integrantes, que discutia estratégias para mudanças na realidade.

Os encontros se iniciaram em 20 de junho de 2007, com 12 conselheiros presentes, a orientadora, a bolsista e a pesquisadora deste estudo. O segundo encontro realizou-se no dia 18 de julho de 2007, com treze participantes. O terceiro se deu em 01 de agosto de 2007, com 15 participantes e o quarto no dia 30 de agosto de 2007, com a participação de 18 pessoas.

Três dos encontros se deram concomitantemente às reuniões ordinárias do Conselho Local de Saúde do bairro Dom Bosco. As falas foram gravadas em fita K7, transcritas e analisadas juntamente com os materiais produzidos nos trabalhos de grupo, tais como: cartazes, tarjetas etc.

- **A codificação e categorização dos dados:** a análise levada a efeito se baseou na técnica de análise temática ou categorial, apresentada por Minayo (2006), que define o tema como

uma unidade de significação capaz de operacionalizar e sistematizar o objeto de estudo. Segundo Minayo (2002), fazer uma análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja **presença ou frequência** signifiquem alguma coisa para o objeto a ser analisado. Pode-se afirmar que a presença de determinados temas denota qualitativamente os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no **discurso**. A seguir procedeu-se às etapas referenciadas por Minayo (2006). Esta evolução ocorre devido às várias horas em que os pesquisadores se debruçam sobre o material a ser analisado e as repetidas idas do pesquisador a campo em busca de mais informações que possam clarear o seu objeto de estudo.

A primeira etapa da análise de conteúdo, pré-análise, constitui-se de um período de organização que objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. A segunda consiste na exploração do material, que é a análise propriamente dita. Ou seja, segundo Minayo (2006), a partir da leitura do material, o texto será recortado em suas unidades de registro, buscando-se identificar as categorias a serem trabalhadas. A terceira etapa se dá a partir do tratamento dos resultados e interpretação – é a fase posterior à análise do material. Para Minayo (2006), esta etapa corresponde a um período de associações, que conduzirá a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas.

A análise se deu a partir da leitura das informações contidas na transcrição dos encontros de discussão e na leitura e observação dos materiais ali produzidos. Em seguida, foram extraídas das transcrições dos encontros as unidades de registro que se caracterizaram por frases com significado temático em relação ao objeto. Estas frases foram anotadas no espaço a direita da folha de transcrição da entrevista, reservado para a etapa de pré-análise.

Após essa análise selecionaram-se as unidades de registro a partir do material que formou um primeiro agrupamento, denominado subcategorização. Com base nas subcategorias, mais um agrupamento foi feito e emergiram as categorias do estudo: 1) **“Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco**, e 2) **“Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco”**. Os quadros a seguir permitem uma visualização dessa construção. Para identificação dos conselheiros lhes foi atribuído um código: db, de Dom Bosco, seguido de número de ordem; exemplo db8.

SUBCATEGORIAS	EXEMPLO DE UNIDADES DE REGISTRO
Falta de tempo	A gente vai na casa das pessoas, convida e eles falam que não tem tempo, que tem casa, filho, marido [...]. (db8)
Falta de vontade/desinteresse	Não sei por que as pessoas não vêm. A enfermeira sempre convida mais o pessoal não vem. Eu venho porque sei da importância que tem a gente procurar resolver os problemas da comunidade, [...]. (db5)
Questões culturais/educação	Então como que a gente pode ver hoje, o que a gente considera que é participação nos não começa do dia pra noite, ela começa quando a gente já tem... interesses familiares, culturais. (db2)
Interesses individuais	Quando começou o Orçamento Participativo, teve um monte de gente, teve pessoas que entraram que depois não foram mais atrás. Ta aí oh, simplesmente eles acharam que iriam ter um apoio, um [...]. (db8)

Quadro 3: CATEGORIA I - Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados (2007).

SUBCATEGORIAS	EXEMPLO DE UNIDADES DE REGISTRO
A participação nos conselhos gestores	Eu sei que nós precisamos nos preparar melhor com pessoas como vocês, com conselho municipal mais que vinham nos esclarecer ,não só esclarecer ,mais como nós temos o que queremos me daqui que vamos resolver entendi assim. (db1)
Motivo da participação	Participo acreditando que agente consiga não só falar, mais fazer algo que um dia eu possa disser isso ali, foi nós que conseguimos que eu tenha orgulho [...] que nós tenhamos o orgulho que isso aqui aconteceu ta acontecendo hoje, amanhã sair do papel e chegar fazer alguma coisa pra deixa pra nossa comunidade(db3).

Quadro 4: CATEGORIA II - Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados (2007).

2.3 Procedimentos éticos

Em relação aos aspectos éticos respeitou-se o que recomenda o parecer 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Nesse sentido, manteve-se contato com as representações dos Conselhos para que pudessem expedir o termo de aceite da pesquisa. Antes de iniciar a coleta de dados, apresentou-se o termo de

consentimento livre e esclarecido aos participantes, tanto dos informantes-chave como dos conselheiros que responderam ao questionário.

Constituindo-se estes conselhos em órgãos de caráter público, as informações que eram necessárias (documentos do conselho e/ou reuniões) constituem-se em domínio público, de modo que não houve necessidade de solicitar a permissão para o uso dos documentos ou mesmo para participar das reuniões. Mesmo assim, antes da visita a cada um dos Conselhos, entrou-se em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí e com seus líderes, a fim de obter o consentimento e apoio para a pesquisa.

Destaca-se que este estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, obtendo consentimento através do parecer número 99/2006, conforme Anexo A.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e a discussão dos dados serão apresentadas em duas etapas: na primeira, apresentar-se-á o diagnóstico de implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí/SC, e na segunda etapa se fará o relato do processo de discussão realizado no Conselho Local do Bairro Dom Bosco.

Em ambos os momentos se buscou visualizar a possibilidade de participação dos conselheiros, bem como verificar em que medida estes recursos e práticas levam ao empoderamento dos participantes.

3.1 Diagnóstico da implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Itajaí/SC

É importante registrar, inicialmente, que houve algumas dificuldades para obter os dados relativos aos conselhos estudados, pois estes se constituem, no entendimento da pesquisadora, também em indicadores da qualidade de participação que devem ser considerados. Na coleta de dados, o acesso aos conselheiros através das reuniões foi difícil, mesmo depois de autorização para a realização da pesquisa, obtida através da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí e do Conselho Municipal de Saúde do município. Isto se deu, em parte, por não haver um cronograma de reuniões estabelecido previamente pelos conselhos locais. Para obter informações referentes às reuniões se estabeleceram contatos com as Unidades de Saúde para conhecer as datas, os horários e os locais.

Todos os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são vinculados às Unidades Básicas de Saúde e, conseqüentemente, às equipes da Saúde da Família. Tais Unidades se localizam nos seguintes bairros de Itajaí: Jardim Esperança, Dom Bosco, Votorantin, Promorar, Limoeiro, Itaipava, Imaruí, Rio Bonito e Brilhante. Ao todo foram pesquisados sete Conselhos Locais de Saúde (CLS), dos nove conselhos existentes atualmente em Itajaí.

Não foi possível realizar a pesquisa com dois conselhos, pois um deles está localizado em um bairro muito distante, numa área rural e por mais que se tentasse não houve como contatar os membros do conselho; no outro conselho a equipe de profissionais passava por um processo de transição e não houve como realizar a coleta de dados, já que em virtude

desse processo o conselho teria parado de reunir-se, sendo que a equipe em exercício possuía pouca informação sobre as atividades do fórum.

Vale lembrar que não se obteve o retorno de todos os questionários encaminhados aos conselhos por questões relacionadas às dificuldades de contato com as pessoas (falta de telefone, local de moradia em área rural, etc.), pelo analfabetismo, em algumas situações, e em um dos conselhos houve resistência da equipe em participar do estudo e, conseqüentemente, facilitar o contato com os usuários.

A seguir apresentam-se alguns dados relativos ao perfil dos conselhos pesquisados. O Quadro 5 dá uma visão geral da estruturação dos conselhos locais em Itajaí/SC.

	LOCALIZAÇÃO CONSELHOS DE SAÚDE	TEMPO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CONSELHO	PERIODICIDADE DAS REUNIÕES	TEMPO DE GESTÃO	TOTAL DE CONSELHEIROS	DISTRIBUIÇÃO DOS REPRESENTANTES TITULARES	A QUE SEGMENTO PERTENCE O PRESIDENTE DO CONSELHO
1	Jardim Esperança	1 ano e meio	Mensal	não sabe	6	3 Usuários 3 Trabalhadores	Usuário
2	Dom Bosco	Processo de implementação	Mensal	Em discussão	8	4 Usuários 4 Trabalhadores	Usuário
3	Votorantin	6 meses	Mensal	2 anos	16	8 Usuários 8 Trabalhadores	Usuário
4	Promorar	1 ano	Mensal	não sabe	12	6 Usuários 6 Trabalhadores	Trabalhador de saúde
5	Limoeiro	1 ano	Prazo por mudança de coordenação	2 anos	12	6 Usuários 6 Trabalhadores	Trabalhador de saúde
6	Itaipava	2 anos	Mensal	2 anos	8	4 Usuários 4 Trabalhadores	Usuário
7	Imarui	1 ano e meio	Mensal	1,5 anos	12	6 Usuários 6 Trabalhadores	Trabalhador de saúde

Quadro 5: Características dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Itajaí/SC – 2007

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz (2007).

Identifica-se que existe diferença em relação ao tempo de implementação dos CLS em Itajaí (Quadro 5). O CLS do bairro Votorantin possui somente seis meses de atividade, enquanto o CLS do bairro Itaipava possui dois anos de atividade, destacando-se dos demais pelo tempo de implementação. A média do tempo de implementação é de um ano, portanto, pode-se considerar que os CLS de Itajaí são novos no que concerne à conquista, o desenvolvimento e funcionamento dos conselhos. Silva, Cruz e Melo (2007) consideram que o tempo de atividade de um conselho pode determinar o enfrentamento de algumas dificuldades apresentadas quanto ao funcionamento dos conselhos de saúde, que exigem práticas democráticas, esbarrando em dificuldades relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e de discussão e à persistência de uma tradição autoritária, ainda presente na realidade nacional.

No que se refere à situação estrutural, os conselhos não diferem muito entre si. As reuniões da maioria dos conselhos pesquisados ocorrem mensalmente, em local cedido pela

prefeitura municipal, pois nenhum desses conselhos possui sede própria. Isto é, as reuniões acontecem nas Unidades de Saúde que abrigam as Equipes de Saúde da Família. Porém, há dois conselhos que se reúnem em locais diferentes, são eles: Conselho Local do bairro Limoeiro, que se reúne no Centro Comunitário e o Conselho Local de Saúde (CLS) do bairro Votorantin, que realiza suas reuniões na escola municipal local.

Em relação aos recursos materiais, tais como: telefone, internet, computador, televisão, DVD, fax e acesso aos meios de informação impressos, nenhum conselho possui recurso próprio. Todos utilizam os recursos das respectivas unidades de saúde, que, em sua maioria, só possuem o telefone como meio de comunicação. Estes dados indicam que os Conselhos Locais de Saúde (CLS), formados na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, ainda carecem de estruturação em termos de recursos físicos, materiais e informativos para que seus membros possam exercer suas funções adequadamente.

Em relação ao Regimento Interno, constatou-se que seis conselhos locais já possuem seus respectivos regimentos, com exceção de um conselho que, como exposto anteriormente, durante a coleta de dados encontrava-se em processo de discussão e estruturação. Pôde-se observar que não existe, em nível municipal, nenhuma regulamentação relacionada aos conselhos, ficando a cargo de cada localidade o estabelecimento de critérios para eleição, composição, competências, atribuições e funcionamento, bem como a denominação dos colegiados locais e, principalmente, as atribuições dos sujeitos envolvidos no CLS (presidente, secretário etc.). Para Oliosa (1999), esta negociação informal se por um lado permite que se organizem de acordo com as realidades locais, por outro, impõe limites, principalmente ao funcionamento desses colegiados, devido à indefinição de funções e responsabilidades, correndo o risco de caírem no descrédito ou de se esvaziarem. Oliosa (1999) diz que a ausência de definição formal quanto às atribuições dos colegiados locais gera diferentes percepções a esse respeito: para os técnicos, os colegiados hoje têm a função de cooperar no desenvolvimento de programas do governo, aderindo e dando visibilidade social a eles e até prestando trabalho voluntário; já para os usuários, o papel do colegiado é fiscalizar os serviços prestados pelas equipes de saúde do local e discutir possibilidades de melhorias para a comunidade.

Em relação à divulgação das reuniões dos conselhos pesquisados, pode-se afirmar que a utilização dos meios de divulgação está presente no cotidiano das comunidades. Os veículos de divulgação das reuniões dos conselhos são semelhantes: cartazes, visitas à comunidade, anúncios na igreja, telefone, carros de som, boca-boca, entre outros. Entretanto, o veículo mais utilizado pelos conselhos para a divulgação das reuniões é a comunicação

estabelecida com a comunidade através dos agentes comunitários de saúde. Quando se questionou sobre a divulgação das decisões, quatro conselheiros informantes-chave responderam que esta divulgação é feita sempre, sendo que dois conselheiros informantes-chave responderam que quase sempre e apenas um respondeu que só às vezes ocorre esta divulgação.

Como viu-se, o veículo mais utilizado pelos conselhos para a divulgação das reuniões é a comunicação através dos agentes comunitários de saúde. Nesse contexto, Silva e Santos (2007) quando analisaram o perfil dos agentes comunitários de Saúde de Juiz de Fora (MG), no qual identificam a relação entre estes e o conselho de saúde, constataram que embora atuassem como divulgadores das ações do conselho local, nem sempre participavam das reuniões e acabavam por cumprir as determinações da enfermeira da equipe e nada mais.

Em todos os conselhos pesquisados os presidentes foram eleitos, sendo quatro representantes do segmento dos usuários e três representantes do segmento dos profissionais de saúde.

Ao fazer referência à presidência dos CLS se constatou uma expressiva presença de conselheiros representantes do segmento dos usuários (quatro), o que evidencia certa organização do segmento a partir de uma visão diferenciada dos serviços de saúde. Esse fato indica que os usuários estão conquistando maior espaço dentro dos CLS, e que não somente os dirigentes das organizações ou trabalhadores da saúde têm poder ou são detentores exclusivos do saber. Gohn (2004), ao referir-se sobre a conquista do usuário como presidente eleito dentro de um conselho, considera que o poder local passa a ser redefinido como sinônimo de força social organizada, enquanto forma de participação da população, na direção do que tem denominado de empoderamento da comunidade. Isto é, a capacidade de gerar processo de desenvolvimento auto-sustentável. A ocupação do cargo de presidente pelo segmento usuário pode significar a presença de um processo de empoderamento nestes conselhos.

Ainda em relação à presidência dos CLS, faz-se importante destacar que se encontrou somente duas mulheres ocupando este lugar; acrescenta-se que são trabalhadoras de saúde e possuem ensino superior. Contata-se que, embora se tenha conselhos mais participativos fortemente encabeçados por usuários, há, ainda, na figura masculina a centralização da presidência, do “poder”. Apesar da inserção da mulher no mercado de trabalho e nas representações sociais brasileiras, na prática continua a subsistir a desigualdade entre as mulheres e os homens. O Ministério da Saúde (2007), em pesquisa encomendada a

Fiocruz, também identifica que há predominância do sexo masculino nas presidências dos conselhos.

A seguir se apresentam e se discutem os dados relacionados ao perfil dos trinta e cinco conselheiros locais de saúde do município de Itajaí que participaram do estudo.

CONSELHOS PESQUISADOS		REPRESENTANTES TITULARES				TOTAL DE CONSELHEIROS	TOTAL DA AMOSTRA
		USUÁRIO		TRABALHADORES DE SAÚDE			
		Nº de representantes	Entrevistados	Nº de representantes	Entrevistados		
1	Jardim Esperança	3	2	3	2	6	4
2	Dom Bosco	4	3	4	4	8	7
3	Votorantin	8	3	8	3	16	6
4	Promorar	6	3	6	1	12	4
5	Limoeiro	6	6	6	-	12	-
6	Itaipava	4	3	4	1	8	4
7	Imarui	6	-	6	4	12	4
TOTAL		37	20	37	15	74	35

Quadro 06: Conselhos Locais de Saúde de Itajaí/SC, composição e amostra de conselheiros entrevistados – 2007.

Fonte: Elaborado com base nos dados coletados (2007).

Quanto à composição dos conselhos, estes se distribuem da seguinte forma: no total existe uma população de 74 conselheiros locais de saúde em Itajaí, divididos paritariamente entre usuários e profissionais de saúde. No estudo foram entrevistados 35 conselheiros (amostra), dos quais 20 são representantes do segmento de usuários e 15 do segmento dos trabalhadores de saúde.

3.1.1 O perfil dos Conselheiros Locais de Saúde de Itajaí/SC – 2007

Tabela 1: Faixa etária dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007

IDADE	FA	FR
18-25	4	11%
26-40	13	37%
41-59	17	49%
> 60	1	3%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Em relação à faixa etária (Tabela 1), 37% corresponde aos conselheiros cuja idade está entre 41 e 59 anos. Apenas 11% dos conselheiros locais possuem idade entre 18 a 25 anos e 3% dos conselheiros (o que corresponde somente a um dos trinta e cinco conselheiros entrevistados) possuem idade superior a 60 anos. Assim, constatou-se que a maioria dos conselheiros encontra-se na faixa etária de 41 a 59 anos, isto é, encontra-se na fase adulta e isto pode indicar uma maior maturidade e sustentação para a tomada de decisões, funções requeridas para a participação no conselho. Figueiredo (2004) correlaciona que o fato de a maioria dos conselheiros vivenciar a fase adulta abona a favor da representação nos conselhos, já que pessoas nessa faixa são maduras e apresentam, normalmente, alto padrão de produtividade e responsabilidade.

Ainda se pode relacionar a faixa etária de maior expressão (41 e 59 anos) com o interesse em participar, justificado por Doimo (1995) e Oliosia (1999) como a fase da vida em que o indivíduo busca concretizar fatores como: estabilidade financeira, familiar e de trabalho. Assim, pode-se dizer que na fase adulta as pessoas tendem a demonstrar maior interesse em participar, em tornarem-se conselheiros e, dessa forma, estarem mais envolvidos em organismos de discussão. Wendhausen (2002), que encontrou esta mesma situação ao pesquisar o COMUSA de Itajaí, em sua 1ª e 2ª gestões, também entende ser este um fator positivo para a participação, pois o conselho é um espaço em que é necessário tomar decisões sustentadas em dados, fatos, contextos e experiência, que são forjados com a maturidade. Mesmo que existam outros fatores a interferir no processo participativo, este pode ser um elemento favorável à participação.

Percebeu-se que o número de conselheiros locais acima de 60 anos é bem baixo. O dado leva a questionar a defesa dos interesses dessa parcela da população, a idosa. É fato que o idoso, ao longo dos anos, torna-se uma presença dia-a-dia mais marcante na sociedade brasileira, presente no mercado de trabalho, nas atividades políticas, organizado em representações. Segundo o IBGE (2007) a população brasileira se torna cada vez mais idosa.

Tabela 2: Gênero dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007

GÊNERO	FA	FR
Feminino	28	80%
Masculino	7	20%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Quando analisou-se a questão de gênero dos conselheiros locais de Itajaí, constatou-se que 80% dos conselheiros são do gênero feminino e somente 20% do gênero masculino. O fato de a população feminina ser maior entre os conselheiros locais pode ser justificado, em parte, pelo histórico envolvimento das mulheres no cuidado à saúde e à assistência das pessoas. Cortês (1996) destaca dois pontos que justificariam a maior participação das pessoas, em especial das mulheres, que têm aumentado nos dias de hoje. De acordo com a autora, isto se deve, primeiro, ao aumento dos processos de participação a partir das decepções vivenciadas na década de 70 em relação aos representantes eleitos e às políticas liberais que falseiam as decisões democráticas. Dentre estes movimentos, o feminista é um dos mais importantes, que incentiva as mulheres a requererem sua participação nos espaços de decisão política e comunitária.

Ao falar em mulher, é importante lembrar do movimento feminista, principalmente, o das mulheres negras nos Estados Unidos (*The Panthers*), na década de 70, classificado por Ostrowetsky (2004) como um dos mais importantes, posto que move as mulheres a requererem sua participação nos espaços de decisão política e comunitária. Segundo a autora, os movimentos feministas expressam essa necessidade e a vontade feminina de assumir um lugar no mundo que a faça se sentir partícipe e sujeita de suas ações, o que até então tinha ficado “esquecido” ou era desvalorizado socialmente. Assim, pode-se dizer que o fato de a maioria dos conselheiros serem do sexo feminino significa a possibilidade de empoderamento via participação nos conselhos locais. Isto possibilita pressupor que ainda hoje o movimento feminista influencia na participação das mulheres em espaços que até então eram dominados por homens, como os dos conselhos gestores.

A participação das mulheres no âmbito político tem aumentado nos últimos anos. Vale lembrar as considerações de Costa (2006) ao referir-se que ações afirmativas vêm sendo implementadas no campo da política e que incidem diretamente sobre as eleições proporcionais, isto é, aos cargos do legislativo, resultado de iniciativas de diversos segmentos da sociedade, especialmente da Bancada Feminina do Congresso Nacional, do movimento de mulheres e de organizações não governamentais. Dessa forma, compreende-se que a participação feminina se realiza tanto no âmbito das disputas que envolvem a representação delegada (a militância e o trabalho político-partidário, o apoio a candidaturas, a nomeação em cargos do primeiro escalão, por exemplo) quanto na formação de grupos de interesse ou de pressão (sindicatos e órgãos de classe, movimentos sociais, associações de moradores, conselhos gestores de políticas públicas, entre outros).

É importante destacar, ainda, que uma das maiores conquistas da mulher em se tratando de empoderamento, a partir da década de 70 até os dias de hoje, foi sua participação no mercado de trabalho, no qual vem apresentando uma espantosa progressão. De acordo com Lombardi e Bruschini (2006), da Fundação Carlos Chagas, em uma das suas séries históricas relacionadas à Mulher, o trabalho e a família, pode-se comparar que se em 1970 apenas 18% das mulheres brasileiras trabalhavam, chega-se a 2002 com a metade do número de mulheres brasileiras no mercado de trabalho, o que expressa que aumentou significativamente a jornada de trabalho das mulheres e sua representatividade na sociedade como trabalhadora.

A seguir se apresentam os dados referentes ao grau de escolaridade dos Conselheiros Locais de Saúde de Itajaí.

Tabela 3: Escolaridade dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007

ESCOLARIDADE	FA	FR
Ensino fundamental	09	25,7%
Ensino médio	15	42,8%
Ensino superior	08	22,8%
Pós-graduação	03	8,5%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Em relação ao grau de escolaridade se observou que a maioria dos conselheiros possui Ensino Médio completo (42,8%). Entretanto, chama a atenção o fato de 25,79% dos conselheiros possuírem a escolaridade em nível de Ensino Fundamental.

Se forem somados o percentual de conselheiros com Ensino Médio e Ensino Superior, ver-se-á que os conselheiros representam um alto grau de escolaridade (65,6%), embora no cotidiano das reuniões seja possível encontrar pessoas não alfabetizadas.

A alta escolaridade pode influenciar tanto positiva quanto negativamente na participação e no empoderamento dos conselheiros. No sentido positivo, Kleba (2007) considera que a escolaridade superior ao Ensino Fundamental torna-se positiva para o empoderamento individual e grupal dos CLS na medida em que quanto maior o grau de escolaridade do conselheiro, maiores serão as chances de discussão, de argumentação e debate nas reuniões. Demo (2001) acredita que a educação como formação para a cidadania é um importante canal de participação, pois possibilita o envolvimento potencial e criativo das pessoas com as coisas de seu mundo, alicerçada em componentes formativos de empoderamento, de direitos e deveres dos atores sociais, de acesso à informação e ao saber,

de habilidades, de valores e de liberdade de escolhas responsáveis. Para o autor, se um país cresce sem educação, não se desenvolve sem educação. Acredita-se que a função insubstituível da educação é de ordem política, como condição para a participação, como incubadora da cidadania, como processo formativo.

Para Tabagiba (2005), a tendência para a alta escolaridade, entendida como “profissionalização”, seria positiva na medida em que pode ter participação mais informada, porém, poderia colocar em risco a realização de uma das mais importantes funções de um conselheiro: facilitar a inclusão da representação das camadas menos favorecidas da sociedade, cujos interesses continuariam, por essa via, ausentes das pautas de discussão nessas instâncias.

Tonella (2004) também coloca o lado negativo da alta escolaridade, já que a discussão pode ficar concentrada entre os que possuem maior nível de escolaridade. Também no caso da escolha dos representantes, as entidades valorizam a participação nos conselhos e indicam como representantes os elementos que consideram mais preparados para o exercício do cargo, normalmente aqueles com maior escolaridade. Trata-se de um elemento positivo o fato de as entidades procurarem indicar aqueles quadros que consideram mais preparados para a função, mas há o risco de estagnação do processo participativo ao se criar uma elite decisória.

Se, por um lado, percebe-se que os usuários possuem menos recursos em termos de escolaridade, por outro, pode-se pensar que, mesmo com menor escolaridade, esses conseguem estar presentes nos conselhos, tendo, assim, a possibilidade de fazer valer seus direitos. Porém, de qualquer modo, existe uma assimetria entre usuários e profissionais de saúde. Isto coloca os primeiros em desvantagem, levando-se em consideração o ponto de vista das desigualdades sociais e das dificuldades de acesso à educação, que mantém uma correlação positiva com a consciência crítica. Os conselheiros usuários são os que apresentam mais baixos níveis de escolaridade. Ainda que não se possa absolutizar as conseqüências e interferências dessas discrepâncias dos níveis de escolaridade nas dinâmicas dos conselhos, é possível entender que elas funcionam como uma espécie de “capital simbólico”, definido por Gohn (2000), que pode reiterar relações assimétricas de poder, ainda que determinado por um tipo de estrutura externa aos conselhos.

É preciso considerar o quanto esta diferença influi no espaço de poder que podem ter os conselhos, pois o saber está diretamente relacionado com o poder. Principalmente quando se atenta para o “discurso competente”, referido por Wendhausen (2002), que, em seu estudo de caso sobre um conselho de saúde, constatou que uma das formas de silenciamento do

segmento dos usuários se dá através da estratégia da manutenção de lugares demarcados pelos papéis profissionais ou de autoridade, consubstanciados pela linguagem técnica de um lado e pela manutenção do segmento usuário como aquele que não sabe “falar” tecnicamente e, portanto, “deve ficar calado”.

Ainda é preciso considerar que o nível de escolaridade também se torna mais equânime, quando a maioria dos atores possui condições de discussão muito próximas. Este é um fato muito importante, tratando-se de Conselhos Locais, em que a comunidade está mais presente e que, muitas vezes, por fatores sociais, não possuem as mesmas oportunidades para estudar.

Tabela 4: Situação ocupacional dos conselheiros locais de saúde entrevistados em Itajaí/SC – 2007

SITUAÇÃO OCUPACIONAL	FA	FR
Trabalhador da saúde	19	54%
Não é trabalhador de saúde	16	46%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Quando se analisa a ocupação/profissão dos conselheiros locais que participaram deste estudo (Tabela 4), observa-se que dos 35 participantes, 19 (54,28%) são trabalhadores de saúde, isto é: enfermeiros, médicos, técnicos, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde. Os demais conselheiros (16 ou 45,7%) são funcionários públicos, donas de casa e artesãos.

Quando se considera a composição dos entrevistados, percebe-se que 20 são representantes do segmento dos usuários e 15 conselheiros representantes dos trabalhadores de saúde. Assim, fica claro que na representação usuária existem alguns trabalhadores de saúde (4). Estes trabalhadores não atuam na equipe de saúde local.

Por um lado, considera-se a participação desses trabalhadores um fator positivo, pois mostra seu engajamento nas questões políticas da saúde. Por outro, a presença maciça de trabalhadores da saúde pode limitar as possibilidades de diferentes opiniões, posições sobre as questões enfrentadas localmente a serem realmente debatidas. Corre-se o risco de que somente a visão oficial da área da saúde seja privilegiada.

Tabela 5: Renda dos conselheiros locais de saúde entrevistados - Itajaí/SC – 2007

INDIVIDUAL (em salários mínimos)			FAMILIAR (em salários mínimos)			DEPENDENTES		
Faixas	FA	FR	Faixas	FA	FR	No	FA	FR
1-4	15	43%	1-5	12	34%	1-4	21	60%
5-9	6	17%	6-15	5	14%	5-8	5	14%
10	1	3%	> 16	4	1%	>8	–	–
Não respondeu	13	37%	Não respondeu	14	41%	Não respondeu	9	26%
TOTAL	35	100%	TOTAL	35	100%	TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

No que se refere à renda individual dos participantes, a maioria dos conselheiros que responderam a questão recebem de 1 a 4 salários mínimos, o que perfaz 43%. Somando a faixa de renda de 5 a 9 e >10 salários mínimos, 20 % dos conselheiros encontram-se nesta faixa, ou seja, a minoria. Os dados apontam que o poder aquisitivo da maioria dos participantes é baixo, embora se deva relativizar este resultado, na medida em que 37% dos entrevistados não responderam a esta questão.

Em relação à renda familiar, 34% possuem renda entre 1-5 salários mínimos, 14% possuem entre 6-15 salários mínimos, 1% possui mais que 16 salários mínimos e 41% não responderam. Quanto aos dependentes da renda, 60 % dos participantes possuem de 1 a 4 dependentes. Apenas 14 % possuem entre 5 e 8 dependentes. Percebe-se que não há participantes com mais de 8 dependentes, o que pode significar uma diminuição no tamanho das famílias. Um dado relevante é que 26% não responderam a este item.

Ao classificar os conselheiros de saúde de acordo com a renda, incluem-se os agentes comunitários de saúde. Assim, a média de renda (individual, familiar e dependentes da renda) pode ter se tornado mais baixa, visto que a média salarial de um agente comunitário de saúde, segundo o Ministério da Saúde (2007), é de pouco mais de um salário mínimo.

Considerando que a maioria dos conselheiros possui uma renda baixa, pode-se inferir este dado como um fator que pode prejudicar a participação e o empoderamento, na medida em que tal situação dificulta o acesso à formação e à informação. A falta de informação, por sua vez, pode influir negativamente em seu envolvimento político. A informação é entendida como variável que tem a possibilidade de influenciar nas relações sociais e contribuir para facilitar os esforços de uma política pública para a saúde, na perspectiva da participação popular. A disponibilidade de informação democratiza e possibilita a participação de todos na vida social. (OLIVEIRA, 2005). O acesso iníquo a conhecimentos e informações prejudica a atuação individual e coletiva dos membros de uma sociedade para a mudança de estruturas,

comportamentos e políticas. O acesso universal à informação deve, portanto, ser parte essencial do processo de definição de políticas de saúde, voltadas para a equidade. (ALBERTO, 2004).

Em um estudo realizado com o objetivo de investigar a participação política em conselhos (municipais) gestores de políticas sociais no Paraná, Fuks (2005), ao analisar a renda dos conselheiros, constatou que mais de 50% deles ganham mais que dez salários mínimos, isto é, muito diferente dos dados encontrados, quando somente 3% dos conselheiros ganham mais do que o parâmetro apresentado pelo autor. Naquele contexto, Fuks (2005) considera que o segmento dos usuários possui menores condições financeiras do que o segmento dos profissionais/trabalhadores, ainda que dez salários mínimos sejam satisfatórios em razão da realidade brasileira. Se os dados coletados para este trabalho forem comparados aos da pesquisa de Fuks (2002), na qual constata-se que 91% dos conselheiros municipais pesquisados encontram-se na faixa de renda entre 6 e 10 e < 10 salários mínimos, constatar-se-á que a renda nos sete conselhos locais pesquisados é baixa. Isto pode revelar que a mão de obra, numa cidade como Itajaí, é mais barata do que em um grande centro como Curitiba/PR.

A seguir são expostos os dados referentes à participação dos conselheiros Locais de Saúde de Itajaí através das seguintes variáveis: motivos para a participação, participação em outro conselho/entidade, capacitação e disponibilidade de meios de comunicação para participar.

3.1.2 A participação dos conselheiros Locais de Itajaí

Tabela 6: Como os conselheiros locais de saúde consideram sua participação no conselho – 2007

COMO CONSIDERAM A PARTICIPAÇÃO	FA	FR
Importante	12	34,2%
Produtiva	04	11,4%
Motivada	2	5,7%
Gratificante	16	45,7%
Enfadonha /Chata	1	3 %
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

A análise da tabela 6 evidencia que a maioria dos conselheiros considera sua participação gratificante (45,7%), o que pode significar certa consciência política, uma forma de empoderamento individual.

A expressiva apresentação do modo gratificante com que os conselheiros vêm a sua participação reflete nitidamente o papel relevante que os CLS vêm ocupando na estrutura local das comunidades, bem como social. De fato, fazer parte do CLS significaria para os conselheiros auxiliar, por um lado, na administração pública local, em particular na consolidação do SUS, e, por outro, exercer controle na execução da própria política de saúde, além de prestígio social perante sua comunidade.

Ao entrevistar conselheiros usuários da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Figueiredo (2004) observou dados muito parecidos com os encontrados neste estudo em relação a como os conselheiros consideram sua própria participação gratificante. Assim, o autor concluiu que à luz da discussão conceitual sobre cultura cívica, associativismo e capital social, para a maioria dos conselheiros sua participação no CMS é importante, produtiva, motivante e gratificante; e que os conselheiros consideram que os CMSs desempenham papel relevante na melhoria da assistência à saúde da população.

Para Martins (2008), o fato de fazer parte de um conselho de saúde, independente de sua esfera, significaria para os conselheiros auxiliar, por um lado, na administração pública local, em particular na consolidação do SUS, e, por outro, exercer controle na execução da própria política de saúde, além de prestígio social perante sua comunidade. Assim, é natural se observar uma expressiva avaliação da participação como gratificante, bem como importante entre os conselheiros entrevistados.

Considerando que todos os conselheiros estão vinculados às equipes de saúde da Família, pode-se dizer que o fato de se sentirem gratificados com a participação é visto como uma importante estratégia na busca da participação mais ativa dos usuários, na tomada de decisão, em que tentam compreender a representação social enquanto conselheiros locais sobre a realidade do SUS que vivenciam.

Chama a atenção o fato de apenas 5,7% dos conselheiros se sentirem motivados em relação à sua participação, refletindo-se, assim, para uma minoria dos conselheiros locais como um obstáculo para a participação. Este dado permite refletir sobre a necessidade de formação dos conselhos e de mobilização da sociedade, de identificação de liberação e compartilhamento do poder. Martins (2008) considera que sem motivação para participar ativamente de qualquer deliberação, a participação e o envolvimento são drasticamente reduzidos porque entende-se que já se entra num debate com o sentimento de derrota.

Ao relacionar a motivação como um dos indicadores de empoderamento individual, entende-se que a motivação é essencial para a participação e o envolvimento político de um indivíduo, e que esta contribui para a construção da cidadania. Nesse contexto, Horochovski e Meirelles (2007) consideram que a motivação para participar de um conselho pode contribuir para o empoderamento a medida que colabora para o construto que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos a políticas e mudanças sociais. Trata-se da constituição de autonomia, pois se refere à capacidade de os indivíduos e grupos poderem decidir sobre as questões que lhes dizem respeito, escolher, enfim, entre cursos de ação alternativos em múltiplas esferas – política, econômica, cultural, psicológica, entre outras. Desse modo, trata-se de um atributo, mas também de um processo pelo qual se auferem poder e liberdades negativas e positivas. Pode-se, então, pensar o empoderamento como resultante de processos políticos no âmbito dos indivíduos e grupos.

Tabela 7: Motivo da participação dos conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC – 2007

MOTIVOS	FA	FR
Por iniciativa própria/ interesse pessoal	16	45,5 %
Por estímulo de colegas da categoria e ou/ da entidade	16	45,5%
Por falta de disponibilidade de outros para ser conselheiro	2	6%
Outro motivo	1	3%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Quanto ao motivo da participação dos conselheiros, observa-se que 45,5 % dos conselheiros resolveram participar por iniciativa própria; 45,5 % por estímulo de colegas da categoria e ou/ da entidade; 6% decidiram participar pela não disponibilidade de outros para ser conselheiro, e 3% dos conselheiros resolveram participar por outro motivo. Chama a atenção o fato de a maioria dos conselheiros apresentar razões positivas para participar desses conselhos. Este é um dado importante quando se fala em participação em nível local porque revela que os conselheiros estão estimulados a participar nos conselhos.

Zamora (2006) ao comentar porque as pessoas não participam e não tomam iniciativas, aponta três “grandes razões” para tais atitudes: meio-ambiente hostil, baixo nível de autoconfiança e o tipo de apoio de técnicos. A cultura dominante gera e reforça passividades, sendo um obstáculo às iniciativas de quem não possui os requisitos

considerados fundamentais, como, títulos, cargos e dinheiro, desvalorizam-se, assim, as capacidades em detrimento de uma supervalorização de conhecimentos técnico-científicos.

Nesse contexto, pode-se caracterizar as motivações que foram encontradas como potenciais para o empoderamento, tal como apontado por Kleba (2000 apud STARK, 1996). A autora considera que o processo de empoderamento por iniciativa/interesse próprio pode levar ao empoderamento em nível pessoal. Nesse nível há a compreensão crítica das relações sociais e políticas, a descoberta da capacidade de poder influenciar situações, a disponibilidade para tomar conta de sua vida, a autoconfiança, o ser ativo e o estar integrado à comunidade, o que pode levar à autoconfiança e à disponibilidade para assumir a vida nas próprias mãos. Aqui interagem variáveis cognitivas, como, por exemplo, a (auto) avaliação das capacidades pessoais e dos resultados esperados e elementos motivacionais, como o desejo de ser ativo e de exercer influência sobre o meio.

Tabela 8: Entidades a que pertencem os conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC – 2007

PERTENCE A ALGUMA ENTIDADE	FA	FR
ONG	-	-
Conselhos gestores municipais	3	9%
Associações	13	37%
Não respondeu ou não participa	19	54%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Quanto à participação dos conselheiros em alguma entidade, percebe-se que nenhum dos conselheiros pertence às organizações não governamentais, 9% pertencem a conselhos gestores, 37% participam de associações e 54% não responderam ou não participam de nenhuma instituição.

De acordo com Guizardi e Pinheiro (2006), se a tríade representante, comunidade e poder público se faz de maneira mais direta, a representação revela-se mais efetiva. É o que se percebe nos Conselhos Locais de Saúde (CSL) pesquisados, cujos conselheiros, ainda que tenham respondido em menor número esta questão do instrumento, demonstram certo envolvimento pessoal com outros setores da sociedade. Dessa forma, pode-se dizer que os conselheiros que participam de outras entidades conhecem melhor a realidade de sua comunidade, tornando-se uma referência de interlocução com o poder público através da organização comunitária. Para Demo (2001), a organização cultural, comunitária,

ocupacional, social – da sociedade civil - pode se constituir em outro “canal de participação”, desde que assuma formas conscientes e políticas de organização, ou seja, que tenha conhecimento de seus interesses inseridos em determinados contextos organizativos. No fundo, qualquer organização social tem feição política porque significa a ocupação de espaço e a conseqüente convivência com espaços concorrentes.

Fuks (2002) ao pesquisar os conselhos Municipais de políticas públicas na região de Maringá/PR relacionou a participação dos conselheiros em outras entidades ao associativismo e constatou que a maioria dos conselheiros participa como filiado ou representante de outros conselhos gestores municipais ou ONGs. O que difere do estudo aqui apresentado é que a maioria não respondeu ou não participa de nenhuma entidade. Entretanto, assim como no presente estudo, o autor percebeu que grande parte dos conselheiros estão vinculados à associações, que pode ser justificado por estas estarem mais próximas da realidade do cotidiano dos conselheiros, em detrimento de atividades em comunidades de bairro, igreja, escolas etc.

Tabela 9: Capacitação dos conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC para atuarem como conselheiros – 2007

FEZ ALGUM TIPO DE CAPACITAÇÃO	FA	FR
Sim	8	23%
Não	26	74%
Não respondeu	1	3%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Quanto ao número de conselheiros que fizeram capacitação para assumir essa “função”, percebe-se que a minoria, o que corresponde a 23% dos conselheiros pesquisados, passou por algum processo de capacitação de conselheiros, enquanto 74% dos conselheiros referiram não haver passado por nenhuma capacitação.

Verdi, Franceschi Junior e Farias (2006) confirmam os dados neste texto apresentados quando relatam que a formação de Conselhos Locais de Saúde (CLS) ainda é insipiente, sua difusão é recente e com poucas experiências registradas. Esta formação visa a fortalecer a participação e o controle social a partir do nível local, uma vez que se acredita que seja o cenário onde ocorre a sinalização das necessidades de saúde da população, bem como as atividades propostas pelo Estado para corresponder às exigências demonstradas. Desse modo, considera-se ser de extrema importância qualificar os Conselhos Locais de Saúde (CLS)

através da contribuição na formação de seus conselheiros. O baixo índice de pessoas capacitadas para atuarem como conselheiro, encontrado na tabela 7, também foi encontrado nos estudos de Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), que investigaram o perfil dos conselheiros municipais de saúde, assistência social, idoso e infância de Itajaí/SC, em 2005. As autoras constataram que o número de conselheiros que fizeram capacitação para assumir a função era muito pequeno, correspondendo a menos da metade dos conselheiros entrevistados. Elas consideram que a capacitação contribuiria para efetivar as relações que têm como pano de fundo, questões como a representatividade, a visibilidade das propostas, a transparência na atuação, a permeabilidade e a comunicação com a sociedade.

Segundo Gutierrez (2001) e Guizardi *et al* (2004), deve existir o fortalecimento dos conselheiros de saúde através de programas de capacitação, além da criação de fluxos de informações que removam o intercâmbio entre conselhos, organizações populares independentes e fóruns populares.

Nesse sentido, entende-se que as capacitações representam uma das oportunidades para os conselheiros terem um espaço para discussão e articulação de seus ideais e compartilhamento das dificuldades com conselheiros de outras localidades, bem como reconhecerem as forças políticas dentro de sua comunidade e do município, fortalecendo, assim, o empoderamento em todos os seus níveis. Essas atividades favorecem, ainda, a aproximação dos conselheiros locais com o Conselho Municipal de Saúde, sinalizando a entidade como referência nas reivindicações que os Conselhos Locais possam ter.

Tabela 10: Disponibilidade de meios de comunicação entre os conselheiros locais de saúde entrevistados de Itajaí/SC – 2007

DISPONIBILIDADE DE COMUNICAÇÃO	FA	FR
Sempre	12	34%
Quase sempre	1	3%
As vezes	8	23%
Nunca	14	40%
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Em relação à disponibilidade de meios de comunicação para os participantes dos conselhos, 37% dos representantes responderam que sempre/quase sempre há estes meios de comunicação disponíveis no conselho, 23% relataram que às vezes estes meios são disponibilizados e 40% dos conselheiros afirmaram que nunca há disponibilidade de

comunicação no conselho. Considerando que grande parte não possui meios de comunicação disponíveis, pelo na opinião dos pesquisados, entende-se que esta lacuna prejudica tanto o funcionamento do conselho quanto a qualidade da participação dos conselheiros. Segundo Oliveira (2005), os meios de comunicação são estratégicos como mecanismos de interação, geração e transmissão de informação, visando à integração, à participação, à legitimação ou à instituição de novas práticas e comportamentos sociais. O papel da comunicação é uma variável responsável pela recepção das mensagens ou informações consideradas relevantes pelo pólo emissor.

Para Demo (2003) e Fuks (2005), a comunicação dentro dos conselhos qualifica a organização do cidadão e dos grupos e fortalece a existência de um confronto dialético, saudável, que suceda da circulação do poder e garanta a participação das pessoas “comuns” através da organização sindical, partidária e comunitária. Para os autores, o poder somente pode ser controlado de forma realista por aqueles que são aliados dele, pelos desiguais.

Para Vasconcelos (2003), os recursos, dentre eles os de comunicação, são meios disponíveis para indivíduos ou para as organizações que aumentam a sua capacidade de ação e de influência política.

Em linhas gerais, os conselheiros se mantêm informados, apresentam interesse pela política, porém pouco se envolvem diretamente com ela. Isso evidencia que a participação e o envolvimento político não necessariamente estão voltados à situação político-administrativa, mas também à necessidade e ao desejo individual de cada pessoa de exercer a democracia.

Nesse contexto, Pitta (2006), no relatório de comunicação para o controle social promovido pelo Ministério da Saúde, constatou que, no caso dos conselhos de saúde, esta-se diante da necessidade de aprimoramento do que vem sendo chamado por alguns de comunicação pública, ou seja, um conjunto de ações envolvendo ou não meios técnicos de comunicação que pressupõe o reconhecimento da ampla arena comunicacional em que os sentidos da saúde e das políticas de saúde são disputados e construídos como consensos na dimensão pública.

Tabela 11: O interesse dos conselheiros locais de saúde entrevistados por política de Itajaí/SC
– 2007

INTERESSA-SE POR POLÍTICA			CONSIDERA IMPORTANTE A PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA PARA RESOLVER OS PROBLEMAS DO PAÍS			
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Sempre	13	37%	Sempre	18	51%	
Quase sempre	5	14%	Quase sempre	5	14%	
Às vezes	17	49%	Às vezes	10	29%	
Nunca	-	-	Nunca	2	6%	
TOTAL	35	100%	TOTAL	35	100%	

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Além desses recursos individuais e coletivos apontados até o momento, há o do envolvimento dos conselheiros com a política, o que pode influenciar suas atitudes e posturas quanto à sua participação nesses fóruns e a relação que percebem entre a prática local e os determinantes gerais que interferem na participação e na decisão das políticas públicas.

Quando se analisa o envolvimento político dos conselheiros, percebe-se que a participação política não pode ser devidamente entendida sem que se leve em consideração que ela ocorre em um contexto em que estão presentes os interesses e as ações de diversos atores. Em outras palavras, a participação assume sempre a forma de interação política, no desejo de participar e a importância dada a esta participação.

Quanto ao interesse dos participantes por política, 37% dos representantes responderam que sempre se interessam por política e 14% expressaram que quase sempre se interessam. Nenhum dos conselheiros demonstrou total falta de interesse, mas um grande percentual diz se interessar pouco (49%).

Em relação à consideração dos participantes sobre sua participação na política para resolver os problemas do país, 51% responderam que sua participação sempre é importante, 14% consideram sua participação quase sempre importante, 29% consideram sua participação importante às vezes e apenas 6% dos conselheiros consideram que sua participação não é importante para a resolução dos problemas do país.

No conselho municipal de saúde de Curitiba/PR, Fuks (2002) percebeu que o interesse por política era elevado entre os conselheiros, principalmente, entre os profissionais de saúde. Diferentemente dessa constatação, percebe-se que em nível local este interesse é mais contido, apresentando como maior expressão o item “às vezes”.

De acordo com Putnam (1996), a cidadania numa comunidade cívica se caracteriza inicialmente por uma participação nos assuntos públicos. A preocupação com as questões públicas e a devoção às causas públicas, em contraste com as considerações individualistas e imediatas, são aspectos essenciais da virtude cívica. Um exemplo de falta de virtude cívica

apontado por Putnam é o "familismo imoral", para caracterizar os padrões de comportamento do sul da Itália. A idéia básica que está por trás do "familismo imoral" é que os indivíduos agem orientados pelo desejo de obter o máximo de vantagens para sua família nuclear e pelo pressuposto de que os outros irão agir da mesma forma. O resultado geral é uma situação em que as pessoas só interagem na esfera privada, abandonando a esfera pública (isso é muito comum no Brasil).

Um dado intrigante é que a maioria dos conselheiros considera importante sua participação na política para resolver os problemas do país, porém, a maioria se interessa por política “às vezes”. Isso pode estar ligado a um baixo capital social, característico das sociedades latino-americanas, com o Brasil. Nesse sentido, a participação e o interesse por política têm a relação com o que Baquero (2003) aponta em relação ao capital social. Para Baquero (2003), capital social diz respeito a características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas em grupo. Como no Brasil um fator como confiança é insipiente, haja vista as constantes alusões a corrupções de políticos, isto pode gerar um descrédito, levando as pessoas a se interessarem pouco por política.

Tabela 12: Participação política dos conselheiros locais de saúde de Itajaí/SC entrevistados em relação às últimas eleições – 2007

NAS ÚLTIMAS ELEIÇÕES	FA	FR
Participou	20	57%
Não Participou	15	43%
Foi candidato	-	-
Não respondeu	-	-
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Em relação às últimas eleições, 57% dos representantes responderam que estiveram envolvidos, 43% indicaram não ter participado. Nenhum dos conselheiros foi candidato ou deixou de responder a esta questão.

Pode-se avaliar que mais da metade dos participantes informaram ter um engajamento político e eleitoral, entretanto, a outra metade se refere a sua não participação. Há uma relação direta entre o comportamento político dos conselheiros – expresso na forma de filiação partidária, associativa e engajamento eleitoral – e as suas orientações subjetivas, em especial no que se refere à autoconfiança do indivíduo em relação à sua capacidade de influenciar a política, ou seja, de participar.

Historicamente, segundo Baquero (2003), a ausência de uma maior participação das pessoas no Brasil mostra que a democracia de procedimentos não tem conseguido legitimar-se por seus próprios valores, pois, presentemente, o grau de contestação é alto e a participação das pessoas em atividades convencionais (pertencer a partidos, participar de comícios, discutir política, entre outros) é reduzida. O dilema enfrentado pelo país é o de que os recursos econômicos para satisfazer as demandas materiais básicas são insuficientes, levando a um processo acelerado de desagregação da vida social. A história recente mostra que sociedades nessas condições dificilmente promovem o estabelecimento de culturas políticas participativas - pelo contrário, caracterizam-se pela ineficiência, pela corrupção ou pelos regimes despóticos.

Teixeira (2002) ao se reportar à participação de conselheiros em eleições governamentais diz que a não participação pela falta de tempo e de interesse em participar, justificam-se como dois grandes limites estruturais para a participação popular na modernidade, afinal, não há mais escravos que possam se incumbir das tarefas rotineiras para que os outros se dediquem a pólis. A participação ainda tem de ser compatível com a necessidade de respeitar essa invenção moderna chamada indivíduo e seu espaço privado, evitando o cidadão total, ou seja, aquele indivíduo permanentemente impelido a uma entrega engajada a coisa pública.

Em relação aos conselheiros que não participaram politicamente das últimas eleições, com números expressivos na questão levantada, pode-se relacioná-los a alguns limites sociais decisivos para potencialização da participação política, apontados por Demo (1996) e Vasconcelos (2003): a dificuldade de organização da sociedade civil, que é a capacidade histórica da sociedade de assumir formas conscientes e políticas de organização e de conseguir expressar suas necessidades de forma organizada através de vários níveis de organização (sindical partidária); a existência de planejamento participativo, que se refere ao planejamento como instrumento de participação com a finalidade de favorecer os processos participativos, colaborando com sua motivação; a educação como formação à cidadania, que se torna instrumento de participação política, destacando as funções de aprendizagem e socialização, sendo a função da ordem política da incubadora da cidadania; cultura como processo de identificação comunitária, referindo-se aqui ao nível da criação de símbolos e valores que caracterizam o modo de ser de uma comunidade de uma era ou de uma história.

Tabela 13: Contribuição dos conselheiros locais de saúde de Itajaí/SC em relação ao benefício individual/coletivo de projetos da comunidade – 2007

CONTRIBUIÇÃO	FA	FR
Sempre	32	91%
Quase sempre	3	9%
Às vezes	-	-
Nunca	-	-
TOTAL	35	100%

Fonte: Wendhausen, Rodrigues e Vaz, 2007.

Quando questionou-se se os conselheiros contribuiriam em um projeto da comunidade que não lhes beneficiaria diretamente, mas poderia beneficiar outras pessoas, 91% dos participantes responderam que sempre ajudariam, 9% deles evidenciaram que quase sempre iriam contribuir (Tabela 12). Todos os conselheiros responderam a esta questão.

Como se pode observar, a maioria dos conselheiros entende ser importante contribuir com projetos que envolvam o coletivo, mesmo que estes não lhe beneficiem diretamente. Zamora (2006) considera que, contribuindo para projetos em comunidade, o indivíduo, que neste estudo poderiam ser os conselheiros, vivencia o empoderamento como uma estratégia de desenvolvimento comunitário, gerenciador de novas formas de subjetivação política e de novas redes de distribuição e configuração do poder em nível local e municipal. Por outro lado, *empowerment* implica um processo de integração na comunidade, na qual diferentes formas de engajamento auto-organizado podem ser consideradas campos de aprendizagem e de desenvolvimento, contribuindo para o aumento de sentimentos como a auto-valorização e o reconhecimento pessoal junto aos membros ativos do grupo (KLEBA, 2005).

3.2 Os encontros com o Conselho Local de Saúde do bairro Dom Bosco

Inicialmente, é necessário comentar que a princípio seriam realizados seis encontros com o conselho local de Saúde do bairro dom Bosco. Entretanto, em razão do tempo e de alguns obstáculos ao longo da coleta dos dados, foi possível realizar somente quatro encontros, o que modificou, em parte, o andamento deste estudo.

O planejamento dos encontros com os conselheiros Locais de Saúde do bairro Dom Bosco se iniciou com a construção de um esquema de oficinas a partir do calendário e da agenda das reuniões do Conselho. Dessa forma, três dos quatro encontros se realizaram nas

reuniões ordinárias do conselho, isto é, na primeira quarta-feira de cada mês. Somente o quarto encontro foi realizado em reunião extraordinária.

Tendo consciência dos dias em que haveria reunião com o conselho, selecionou-se as dinâmicas que seriam aplicadas e se planejou como seriam conduzidos os encontros programados. Nas oficinas, buscou-se conhecimentos mais profundos sobre a metodologia dos círculos de cultura proposta por Paulo Freire (2000). O Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a construção coletiva do conhecimento, como já mencionado anteriormente.

Em cada encontro estavam presentes, a pesquisadora como coordenador/animador e uma aluna de graduação em enfermagem e bolsista do Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação, da Universidade do Vale do Itajaí – PIPG/Univali.

Cada encontro foi dividido em quatro partes: a) boas-vindas, apresentação dos participantes e informação sobre a organização e funcionamento do trabalho; b) apresentação da temática por representantes e/ou convidados; c) inscrições para novas contribuições, e d) debate de todas as contribuições.

3.2.1 Primeiro encontro: apresentação da proposta do estudo e convite aos conselheiros

O primeiro encontro foi realizado no dia 20 de junho de 2007, às 19 horas, no hall de recepção da Unidade de Saúde da Família e Comunitária, localizado no Bloco 29 da Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Anteriormente, já se havia feito contato com os profissionais de saúde das duas equipes de Saúde da Família que atuam no Bairro, explicando sucintamente o projeto de pesquisa e seus objetivos. Imediatamente se recebeu o aceite e a manifestação positiva do grupo em relação à concretização dos encontros. As enfermeiras da equipes se propuseram a fazer os convites para os demais conselheiros, conforme a rotina e o calendário de reuniões do conselho.

Como se propôs trabalhar no espaço das reuniões ordinárias, a reunião se iniciou com a leitura da ata da reunião anterior e a posterior homologação desta pelos presentes. Nessa reunião estavam presentes cerca de doze pessoas, reunidas em círculo, dentre elas, cuidadores, médicos, enfermeiros, aposentados, donas de casa e agentes comunitários de saúde. Percebeu-se que havia mais pessoas do que o número de conselheiros, o que pareceu

indicar que havia um interesse por parte dos presentes em participar da reunião do Conselho e construir novas experiências.

A pesquisadora e a bolsista foram apresentadas ao grupo que as recebeu muito bem. O presidente do conselho proferiu palavras de boas vindas. Dessa forma, agradeceu-se a oportunidade e se apresentou a proposta de trabalho ao grupo. Falou-se dos objetivos e foi citado como referencial teórico Paulo Freire (2000) enquanto se explicava a dinâmica das atividades. Todas as questões a respeito da ética e do sigilo foram lembradas, deixando claro que a participação seria voluntária e que a recusa não implicaria qualquer constrangimento. Fez-se referência, também, ao termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) e foram distribuídos os formulários, após sua leitura em voz alta. Assim que todos concordaram com os termos, houve a assinatura do documento.

Solicitou-se a permissão para gravar e fotografar os encontros, que também foi aceita. Após a conversa sobre quando aconteceriam os encontros, acordou-se um prazo de quinze dias para segundo encontro.

Logo a secretária do conselho deu continuidade à reunião, colocando em discussão a pauta. A pesquisadora e a bolsista ficaram até o fim da reunião e participaram das discussões, na tentativa de compreender o funcionamento do Conselho. Superou-se o primeiro obstáculo do trabalho, o acolhimento. Surgiu um sentimento de motivação porque foram trocados contatos e já se estabeleceu a primeira aproximação com o Conselho Local de Saúde Dom Bosco.

3.2.2 Segundo encontro: levantando os temas

O segundo encontro realizou-se no dia 18 de julho de 2007, às 18h 30min, na recepção da Unidade de Saúde da família e Comunitária, localizada no bloco 29 da Universidade do Vale do Itajaí.

Nesse dia se pode perceber a expectativa dos conselheiros e das demais pessoas. O grupo estava maior e também maior era a ansiedade em relação ao sucesso da oficina. Estavam a pesquisadora, a orientadora, a bolsista e mais dez pessoas, das quais cinco eram profissionais de saúde e seis usuários. Agradeceu-se a presença de todos e se iniciou a oficina, construindo os crachás de identificação de todos os presentes com o objetivo de promover a integração do grupo através do conhecimento dos nomes. Reforçou-se a idéia das fotos e da

gravação das falas relacionadas com os procedimentos éticos. Para dois conselheiros que não estavam presentes no encontro anterior foram retomados os objetivos e a seqüência das atividades.

Para o reconhecimento do grupo, iniciou-se com a dinâmica da construção de rede, em que, através de um rolo de barbante, cada pessoa desenrola um pedaço do fio, fala sobre si, suas expectativas e a seguir passa o fio para outro participante, até todos estarem segurando um pedaço do barbante, formando uma rede de fios no centro da roda. Solicitou-se que, ao receber o rolo do barbante, as pessoas se apresentassem, falassem sobre o motivo de estarem no conselho e qual o objetivo de sua participação.

Logo após esta atividade, foram apresentados três quebra-cabeças aos participantes (Figura 2, 3 e 4) com figuras distintas. A primeira caracterizava elos entre pessoas em um círculo, a segunda, um patrão sentado em sua mesa e, abaixo dele, um funcionário bem pequeno, a terceira figura ilustrava um cabo-de-guerra. Sugeriu-se que os grupos se dividissem por afinidade para montarem e analisarem os quebra-cabeças.



Figura 2: Elo entre as pessoas



Figura 3: Patrão *versus* empregado

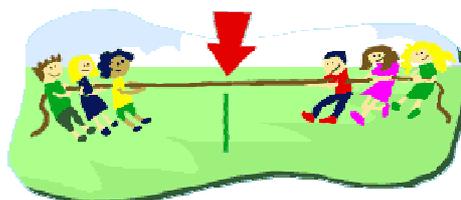


Figura 4: Cabo de guerra

Após a montagem e dado o tempo para análise das figuras pelos conselheiros em pequenos grupos, foi eleito um representante de cada grupo que expôs para as reflexões da equipe para os demais.

Na seqüência, questionou-se ao grande grupo: “Na prática de conselheiros locais, enquanto profissional de saúde ou usuário, o que vocês conseguem visualizar nas relações da assistência a saúde no bairro a partir das figuras apresentadas”? Os conselheiros debateram as questões relacionadas às figuras, bem como suas práticas, relatando algumas situações vivenciadas no bairro Dom Bosco. A partir daí, trabalhou-se com tarjetas e pincéis atômicos. Nas tarjetas verdes, solicitou-se que escrevessem ou desenhassem tudo o que há de positivo no conselho e nas tarjetas amarelas, tudo aquilo que poderia ser melhorado.

O objetivo com as duas dinâmicas apresentadas (quebra-cabeças e tarjetas) foi levantar os temas geradores do conselho local de saúde do bairro Dom Bosco, ou seja, temas relacionados às práticas do conselho que preocupavam os conselheiros naquele momento.

Foram afixadas as tarjetas na parede de acordo com as cores apresentadas para cada situação. Dentre os pontos positivos citam-se: união, compartilhar, pessoas de mãos dadas, participação, comunidade, assistência à saúde. Já em relação aos pontos a serem melhorados foram levantadas poucas palavras, pois todas giravam em torno da “falta de participação da comunidade” e da “não participação de outros grupos organizados da comunidade”. Durante a discussão e o agrupamento das tarjetas, percebeu-se que o grupo também apresentava questionamentos relacionados ao reconhecimento legal do Conselho Local pelo Conselho Municipal. Então, selecionou-se também este como tema gerador.

Assim, foram decididos pelo grupo os seguintes temas geradores:

Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco.

Necessidade de reconhecimento legal do Conselho Local do bairro Dom Bosco.

Por fim, regatou-se todo o processo de discussão deste dia e agendou-se novo encontro, agradecendo a presença de todos e assumindo o compromisso de trazer um modelo de regimento interno que ajudasse no reconhecimento legal do Conselho. Também houve o compromisso assumido com a confecção e distribuição dos convites para o próximo encontro.

3.2.3 Terceiro encontro: discutindo as temáticas

O terceiro encontro também foi realizado no hall da recepção da Unidade de Saúde da Família e Comunitária, localizado no bloco 29 da Universidade do Vale do Itajaí. A reunião ocorreu no dia 01 de agosto de 2007, às 19 horas. Nesse encontro, estavam presentes quinze pessoas, sendo a maioria conselheiros que estavam presentes no encontro anterior, o que deixou a pesquisadora e os demais colaboradores mais confiantes para o desenvolvimento do encontro.

Dando início à reunião, a secretária do conselho apresentou a leitura da ata aos presentes que, em seguida foi assinada. Iniciou-se o encontro reforçando os objetivos e começando a segunda e terceira fase do círculo de cultura: codificação e decodificação. Segundo Freire (2000), a codificação consiste na busca do entendimento dos participantes sobre os temas geradores. Nesse momento, realiza-se o estudo sobre o significado social, ou seja, a consciência do vivido diante dos problemas que o indivíduo/coletividade enfrenta. A decodificação busca a superação da primeira visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido (BRANDÃO, 1986).

O primeiro tema gerador foi retomado, fazendo-se a seguinte pergunta ao grupo: “Por que as pessoas não participam?” Os conselheiros imediatamente responderam que a causa é a falta de vontade, a falta de tempo das pessoas, a falta de interesse em participar. Entretanto, era necessário aprofundar a reflexão. Assim, perguntou-se: “Será que é somente por estes motivos que as pessoas não participam?”.

Para responderem essas perguntas os conselheiros efetuaram uma leitura em grupo de um capítulo do livro de Pedro Demo (1996), intitulado Participação é conquista, que aborda conceitos e motivos para a participação. Assim, os conselheiros puderam através do embasamento nos temas geradores expor seu entendimento sobre eles. Para trabalhar a codificação com os apontamentos já mencionados, utilizou-se o trabalho em grupo com recortes de revista e colagem, o objetivo era identificar, nas figuras, situações que proporcionavam a participação através de grupos. Foram apresentados três cartazes contendo respostas para a falta de participação, de críticas em relação à cultura de conformismo e assistencialismo em saúde, bem como o desconforto de conflitos gerados por necessidades individuais.

Nasceu, nesse momento, a problematização. Desmistificou-se a visão ingênua apontada por Saube, Brito e Giorgi (1997). A descodificação pôde ser observada quando,

através do debate promovido, o conselheiro passou a analisar fenômenos, processos e coisas, a ver que ele não poderia se conformar com a situação apresentada.

Vale lembrar que, nessa reunião, para enfrentar o problema da falta de participação, surgiu a estratégia de divulgação das reuniões na rádio, de distribuição de convites a todas as instituições do bairro e as famílias através dos agentes comunitários. Partiu do grupo, também, um abaixo-assinado à empresa de estacionamento da Universidade para que não cobrasse a taxa de pessoas que vêm a unidade de saúde para o atendimento, compreendendo que, muitas vezes, o veículo é a única forma de locomoção do usuário portador de necessidades. Foi possível perceber que a codificação e a decodificação são condições muito próximas e cíclicas quando se aplica à realidade, a ação começa com a aproximação de pessoas que estão vivenciando problemas ou uma situação existencial semelhante.

3.2.4 Quarto encontro: reconhecendo o grupo

O quarto encontro realizou-se no dia 30 de agosto de 2007, às 18h30min, no hall da recepção da Unidade de Saúde da Família e Comunitária, mesmo local das reuniões anteriores.

Para surpresa dos envolvidos na pesquisa, compareceram 18 pessoas, “animadas” por estarem no conselho; pessoas que receberam convites através dos agentes comunitários de saúde, que ouviram na rádio, que souberam no grupo de mães ou na reunião da Associação de pais e professores. As discussões foram efervescentes. O grupo saiu do senso comum de que as pessoas não participavam por que não queriam, não tinham interesse ou porque não tinham tempo. Viu-se a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, que naquele momento era vista com outros olhos e que possibilitava uma ação na busca de sua superação.

Devolveu-se os dados encontrados até o aquele momento. Esta devolução foi em forma de exposição dialogada, em que apresentaram-se pontos positivos conquistados pelo grupo, como a continuidade e periodicidade das reuniões, a característica diferenciada em agregar duas equipes de saúde da família e mais profissionais das duas unidades de saúde do bairro. Abordou-se as conquistas do grupo relacionadas ao abaixo-assinado encaminhado à empresa de segurança de carros para facilitar o acesso dos usuários a Unidade de Saúde da Família e Comunitária, isto é, destacou-se o espírito de organização, de mobilização.

Evidenciou-se, também, a carta enviada ao Conselho Municipal de Saúde, solicitando a participação mais direta dos Conselheiros Municipais nas reuniões dos Conselhos Locais.

Esta apresentação gerou outras discussões, dentre elas, um dos maiores ganhos da pesquisa, o documento referenciado ao Conselho Municipal, solicitando uma visita e o reconhecimento legal do Conselho Local de Saúde do bairro dom Bosco, constituído em regimento com todos os seus membros descritos em funções e atribuições.

Como viu-se, foi significativa a variedade de situações existenciais que foram trabalhadas no Círculo de Cultura e as possibilidades que nele se apresentam. Estas situações, às vezes, partem de um problema coletivo que atinge os indivíduos, levando-os a se mobilizarem, como a situação do estacionamento na comunidade dom Bosco. Outras vezes, são problemas que parecem particulares, mas que trouxeram para este grupo em especial o contato com soluções alternativas, encontradas pelos demais componentes do Círculo de Cultura.

Finalizando, houve a despedida do grupo, agradeceu-se a presença de todos e firmou-se o compromisso de voltar ao conselho para a apresentação final dos dados deste estudo.

3.3 O Processo de Discussão: Algumas Reflexões

Como já foi descrito no capítulo dos procedimentos metodológicos, as categorias emergiram das falas dos conselheiros, gravadas em fita K7, e das dinâmicas realizadas no decorrer dos encontros. Para a identificação dos conselheiros, após os depoimentos, utilizou-se a sigla “db” (Dom Bosco) e a numeração de 1 a 11.

Neste subitem, discutir-se-á os dados levantados nos encontros com O Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco. A partir de dois temas centrais levantados pelos conselheiros nos encontros realizados emergiram as categorias do estudo. A primeira foi: “Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco”, da qual emergiram as subcategorias: Falta de vontade/tempo, Questões culturais/educação e Interesses individuais. A segunda: “Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco” e as subcategorias: O reconhecimento pelo conselho municipal, Representatividade do conselho e Motivo para a participação. Os temas levantados estão relacionados ao fortalecimento dos conselheiros enquanto grupo organizado

em um espaço de exercício de cidadania e de possibilidades de empoderamento. A seguir apresentam-se os quadros correspondentes à categorização dos dados.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Fatores Limitantes da Participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco	Falta de tempo
	Falta de vontade/desinteresse
	Questões culturais/educação
	Interesses individuais

Quadro 4: CATEGORIA I - Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco	A participação nos conselhos gestores
	Motivo da participação

Quadro 5: CATEGORIA II - Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco

3.3.1 CATEGORIA I - Fatores Limitantes da Participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco.

A sistematização da literatura sobre o tema dos fatores limitantes em conselhos de saúde já foi apontada em outros estudos, foram citados nestes estudos de Cortes, (1995), Gerchman (1995), Santos (2005) e Campos (2005). As autoras apontam alguns fatores como os mais influentes sobre o processo participatório: mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde, falta de tempo e motivação, organização dos movimentos popular e sindical, relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças, populares e sindicais, posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação, dinâmica de funcionamento dos fóruns. Duas observações preliminares devem ser feitas para esclarecer a natureza desses determinantes. Em primeiro lugar, na realidade, todos eles se afetam mutuamente, compondo as partes de um todo integrado e conflituoso. Em segundo lugar, os dois primeiros fatores são os mais decisivos. Ou seja, os fóruns não existiriam se não houvesse a estrutura institucional que os criou e somente haverá participação se ocorrer a organização da sociedade civil. Em certos casos,

podem ocorrer resistências das autoridades municipais de saúde em relação à participação dos usuários e, mesmo assim, ela ocorre em detrimento da pressão dos movimentos sociais.

Considera-se que a participação social é instrumento importante da relação dos cidadãos com o Estado e permite que eles tenham seus direitos reconhecidos e possam incluir suas demandas nas decisões políticas, reforçando os espaços de socialização, descentralização e o papel dos sujeitos sociais. Essa participação se consolida no exercício do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das políticas públicas, que contribui para o fortalecimento não só dos próprios usuários, mas também dos planejadores e executores das ações. Mas só o controle social não basta.

Em relação aos Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco foi a falta de vontade/ tempo, ou seja, “participa quem tem disponibilidade para tal”, dizem os usuários que estão no mercado de trabalho assistidos pela área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família.

Alguns participantes apontam a falta de tempo como Fator Limitante da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco:

Não sei por que as pessoas não vêm. A enfermeira sempre convida mais o pessoal não vem. Eu venho porque sei da importância que tem a gente procurar resolver os problemas da comunidade, porque eu moro aqui e sei da realidade. Eles dizem que não tem tempo (Informação verbal - db5).

A gente vai na casa das pessoas, convida e eles falam que não tem tempo, que tem casa, filho, marido(Informação verbal - db8).

As pessoas dizem que vão vir na reunião, mas chega na hora ninguém aparece. No outro dia a gente passa e pergunta por que tu não foi? E aí a resposta é clara. Sabe como é não dá tempo(Informação verbal - db6).

As falas evidenciam que existe um descrédito da comunidade com o envolvimento nas atividades e, assim, acabam inventando desculpas porque não estão motivadas para fazer parte deste processo. Também se pode olhar “a falta de tempo” a partir do conceito das variadas jornadas de trabalho (família, escola, dois ou mais empregos), principalmente no que tange o ser mulher na atualidade.

Pôde-se observar, através dos relatos dos participantes, a situação sócio-econômica das pessoas, mesmo não sendo este o mais citado, uma vez que após um dia de trabalho o indivíduo não se sente confortável (descansado) para comparecer aos encontros.

Ao realizar-se um paralelo com a sociedade atual, é possível observar que a falta de tempo também está relacionada a um momento em que cada vez mais as empresas exigem disponibilidade absoluta para o trabalho, em que cada vez mais se valoriza a máxima

americana do “tempo é dinheiro”. Para Oliveira (2005) a lógica estabelecida recria a idéia de que “tempo é vida”, “tempo é liberdade” relacionada a qualidade de vida, a dedicação ao que se gosta de fazer. Assim, ao assumir seu papel de cidadão o conselheiro deixa de ser somente expectador, passando a ter um papel fundamental nas decisões de sua vida e comunidade, como sujeito ativo, participativo e dialógico.

A falta de vontade/tempo também foi identificada por Santos (2005) ao pesquisar um Conselho Local de Saúde de Blumenau/SC, nesse estudo, a autora identificou que a falta de vontade/tempo estava relacionada à morosidade dos processos em saúde (compras de materiais e equipamentos, consultas, especialidades, exames de alto custo, cirurgias), entendendo que como não participam, não conhecem a realidade que envolve esses processos e não somam esforços para que as mudanças ocorram e, ainda, não acreditam em mudanças, pois não as vêem, as mudanças são lentas.

Para Goudbot (1995) as pessoas só participam quando há troca, isto é, quando permitem que o conhecimento reflexivo da realidade possa desencadear um processo de desenvolvimento comunitário. Tal percepção também é encontrada em Cortês (2001) e Labra (2006), em que a espera de algo em troca, que favorece a iniciativa na tomada de decisões, torna o indivíduo o condutor de sua própria vida e favorece a igualdade nas relações de poder. É nessa vivência que o indivíduo reconhece a experiência, as necessidades e as potencialidades que viabilizam o desenvolvimento de competências e habilidades para a realização de mudanças significativas (KLEBA, 2005).

Percebe-se, através dos depoimentos, que os conselheiros crêem em alguma forma de mobilizar as pessoas, em decorrência de suas reclamações, fazendo com que o conselho se torne mais presente no cotidiano da comunidade. Por outro lado, a mesma fala encerra uma contradição quando esboça um sentido de punição, quando quem participa tem direito de reclamar e os outros não.

Pode-se atribuir esta conotação punitiva ao fato de haver resquícios do autoritarismo e, dessa forma, quando se assume algum tipo de poder, passa-se de dominado a dominador. Demo (1996) alerta que há uma tendência histórica a dominação, portanto, a sociedade tende a organizar-se com predominância de uma postura hierárquica (de cima para baixo), sendo peculiar que haja um lado minoritário que comande e outro majoritário que obedeça. Por conseguinte, participação não é ausência, superação, eliminação do poder, mas outra forma de poder.

Um dos conselheiros que participaram deste estudo referiu-se a baixa participação pela falta de interesse em participar. O pouco interesse remete a pensar que, sob o olhar do

conselheiro, os indivíduos esperam que os trabalhadores de saúde ou o poder público encontre soluções para os problemas da comunidade, sem a necessidade de sua participação. Esta percepção pode ser exemplificada nas falas abaixo:

Eles também não têm interesse. Me desculpa, mas vou convida as pessoas para a reunião do conselho de saúde. E pergunto tu vais à reunião? Aquela do convite que recebeste dos agentes de saúde. Aquele papo. Que reunião? Daquele convite que tens aí...(Informação verbal - db7)

A gente convida, mas eles não vem... Acho que é falta de interesse. Se fosse pra festa vinha todo mundo (Informação verbal - db6).

Pode-se dizer sobre a falta de interesse apresentada por estes conselheiros, que existe vestígios de uma cultura de não participação. Para Carvalho (2006), a participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada por esta mesma sociedade, em um Estado tradicionalmente privatista, que mantém relações simbióticas e corporativas com grupos privilegiados. Para a autora, o país se constituiu dentro de uma tradição autoritária e excludente, a partir da colônia portuguesa, da escravidão, do Império, de modo que seu povo foi mantido sempre como estrangeiro em sua própria terra, à margem da política, considerada pelos ditos populares como “coisa de branco”. “Vocês são brancos, que se entendam”, é um freqüente comentário popular.

Entretanto, também é possível visualizar que o interesse em participar tem a ver com o valor que cada pessoa atribui ao envolver-se, tem relação direta com a trajetória de vida, com a cultura em participar. Assim, as pessoas cuja família já tem um envolvimento político mais exercitado, tendem a envolver-se, a participar de alguns grupos.

Sabendo-se que esta Unidade de Saúde da Família em que se desenvolveu o estudo foi implantada a partir de um forte movimento comunitário reivindicativo, como dizer que a comunidade não se interessa ou está acomodada? Por que os conselheiros apontam como indicador da baixa participação a pouca cultura e educação em relação à participação nesse local?

Essa participação indica que, de certa maneira, o sistema de saúde brasileiro tem avançado com relação à descentralização de poder em nível local, o que foi confirmado com muito destaque na 13ª Conferencia Nacional de Saúde (2007), a qual tem como eixo principal a motivação da sociedade para o exercício da participação. Assim, entende-se que a “falta de tempo”, apontada pelos Conselheiros do Bairro Dom Bosco, pode estar atrelada a pouca

motivação e articulação do bairro para o Conselho Local, mas não é a razão para não participarem de outras atividades.

Desse modo, Valla (1999) considera que talvez uma das principais contradições entre o interesse em participar e a motivação seja a pouca capacidade ou interesse do capital em investir naquilo que julgava oferecer pouco lucro imediato. Assim, surge a noção de que o Estado, como ‘provedor’ de toda a população, é capaz de resolver os problemas dessa mesma população. Poder-se-ia dizer que a noção de participação popular tem sido vista como parte.

Outra percepção identificada nas falas dos conselheiros foi a limitação da participação relacionada às questões culturais e à educação. Historicamente, no Brasil, a cultura de participação foi tolhida, haja vista momentos políticos como a ditadura militar, nos anos 60. Coerentemente com esses problemas, constata-se nas falas uma postura que inviabiliza a possibilidade de legitimidade do controle social. Veja o discurso de um dos Conselheiros do Bairro Dom Bosco:

Eu acho que nós, o povo não é preparado com a própria formação, cultura, educação... um povo mal educado. Porque pais mal educados, filhos mal educados, netos mais mal educados. É um principio que eu tenho das coisas, né?(Informação verbal - db10).

Em relação às evidências de despreparo da população para participar, justificado pela cultura de não participação, Baquero (2001b) considera que está atribuída aos acontecimentos históricos; os recursos econômicos para satisfazer as demandas materiais básicas da população são insuficientes, levando a um processo acelerado de desagregação da vida social e política, associado ao assistencialismo como mecanismo poderoso de cooptação e controle dos cidadãos. O autor cita que a importância da participação atribuída à cultura política e a sociedade civil está presente em todos os clássicos da democracia e, também, nas mais recentes reflexões sobre a importância de trazer de volta o cidadão para a esfera política.

É no sentido educativo que Vasconcelos (2004) se refere ao acesso à informação e à educação num sentido mais abrangente, considerando o conceito de empoderamento na prática das ações em saúde, em que os indivíduos melhoram o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, modificando a realidade. Isso envolve a prevenção dos agravos à saúde e a promoção à saúde como meta a ser atingida através de mudanças que propiciam a melhoria na qualidade de vida dos envolvidos. Nesse processo, o indivíduo ou o coletivo usa seu poder, faz escolhas e toma decisões relacionadas ao seu modo de vida, ao seu

trabalho e à sua saúde, assumindo o controle de sua vida, exercendo seu direito de cidadão, o que o torna sujeito com potencialidades para o empoderamento pessoal e coletivo.

Veja os depoimentos a seguir:

Nós temos que pensar em quem usa o serviço. Olhar pra quem é atendido e pra saúde, que é muito maior do que só ser atendido aqui. Não basta só participar do conselho, mas sim estar envolvido em um monte de coisas. Temos que pensar no que queremos. (Informação verbal - db5).

Então como que a gente pode ver hoje, o que a gente considera que é participação não começa do dia pra noite, ela começa quando a gente já tem um certo envolvimento com a nossa família, quando a família já mostra um certo envolvimento com alguma coisa, com certos interesses familiares, culturais. (Informação verbal - db2).

No primeiro depoimento, identifica-se as críticas dos conselheiros às pessoas que possuem pouco acesso à informação, à educação e à cultura de participação, fazendo uma alusão ao coletivo. Para essa conselheira, que é uma trabalhadora da saúde, não basta participar do Conselho, é preciso estar envolvido com outros setores da comunidade, deve-se considerar que a participação é gradual, construída a partir do envolvimento, da articulação de propostas que assegurem a melhoria da qualidade de vida dos usuários, do hábito de participar. A conselheira considera importante a qualidade do serviço prestado e para quem são tomadas as decisões do conselho.

No segundo depoimento, que também é de um trabalhador da saúde, relaciona-se a participação como uma construção individual, em que se pode identificar que a trajetória de vida se liga ao valor que o indivíduo dá a participação.

É possível identificar a trajetória de participação como uma das estratégias para o desenvolvimento da cultura de participação, vinculada ao contato direto com o indivíduo e família, dentro de seu contexto, interagindo com seus costumes e hábitos. Isso poderá levar os envolvidos a mudar sua maneira de agir e de pensar, adaptando-a ao seu contexto e direcionando-se em médio e longo prazo a exercer a participação. Entende-se que a cultura de participação emerge do núcleo familiar, que pode contribuir para que o indivíduo crie o hábito de participar da sociedade.

Nesse contexto, Demo (1996) coloca que um dos passos para o sucesso da participação está vinculado à cultura democrática, a situação construída e institucionalizada como regra de vida, como valor comum, como modo de ser. Para o autor, dentro deste ambiente não se toleram níveis excessivos de desigualdade, como: diferenças excessivas de tetos salariais, famílias em pobreza extrema, menores carentes ou abandonados, mendicância,

condições indignas de moradia, entre outros. Tais necessidades são entendidas como direitos indiscutíveis, forçando o mercado a atendê-las, pois o importante não é somente crescer, mas crescer para melhorar o bem estar comum. Muito se tem falado de democracia no país, porém, o que a realidade mostra é um processo de exclusão social, no qual uma grande parcela da população está excluída do acesso à educação de qualidade, do trabalho digno, das boas condições de moradia, entre outros, aumentando as desigualdades sociais. Há uma necessidade crescente de cidadãos mais críticos, dialógicos e conscientes, que desenvolvam uma consciência comunitária e sejam mais ativos, mais participativos e que vivam também para o coletivo.

A última subcategoria aborda a possibilidade da limitação da participação coletiva por interesses individuais que sobrepujam os coletivos, aliado ao imediatismo que se apresenta quando as questões são pontuais e urgentes. As falas a seguir expressam esta questão:

Depois que um da família fica doente, eles querem reivindicar tudo, mas na hora de vir, aqui, como a gente eles nunca tem tempo. Reclamar sabem! (Informação verbal - db5)

No começo tinha gente que vinha aqui, pra pedir remédio, pra conseguir consulta, exames [...] mas quando viram que o objetivo aqui é outro nunca mais apareceram. (Informação verbal - db11).

As pessoas estão participando, estão conseguindo fazer alguma coisa, talvez seja da saúde, talvez seja para... baixar juros, para achar emprego, tem uma reivindicação de casa. Pra ganhar alguma coisa. Tem uma participação, tem gente. (Informação verbal - db10).

Como se pôde observar, os depoimentos indicam que quem não participa do conselho não pode ter o direito de reclamar da assistência prestada. Entretanto, considerando que a participação perpassa a institucionalização e que a saúde é um direito conquistado por toda a sociedade, as questões pontuais e urgentes devem ser avaliadas como a falta de investimento do Estado sobre a infra-estrutura do consumo coletivo. Este fato, segundo Valla (2002), leva uma parcela da população a viver num estado de urgência permanente, em que requerem propostas preventivas das autoridades como um compromisso democrático.

Ao analisar essas falas percebe-se que a participação é mais efetiva quando existe uma necessidade imediata. Algo que afeta o cotidiano dos indivíduos, mesmo que eles não consigam perceber que a causa que defendem pode estar embutida em objetivos coletivos, na busca pela cidadania.

Wendhausen (2002) ao reportar-se a participação como uma força social que impulsiona a conquista das mudanças necessárias, entende que esta não pode ser condicionada a culpabilização do indivíduo por não participar. Assim, a individualização da culpa se transforma na responsabilização de uma prática coletiva.

Sob essa ótica, DaMatta (2005) afirma que as pessoas só agem a partir de um problema concreto e imediato, no qual ganhos a médio prazo e coletivos não são valorizados pela nossa cultura. Nesse sentido, impõem-se a verbalização do que não deveria ser dito para que ocorra a quebra do pacto silencioso de uma sociedade em que cada um deva conhecer o seu lugar. A responsabilidade desta quebra é atribuída pelo autor pelo “esqueleto” ou “núcleo”, pois se referem a alguma coisa escondida, a qual não seria imediatamente visível como a pele ou a superfície que os recobre, mas que, nem por isso, deixa de ser mais importante e mais substancial que o componente envolvente.

Assim, faz-se necessário que seja revelado o que está escondido em cada sociedade para que os indivíduos busquem a capacidade de reconhecer-se enquanto pessoa em instâncias coletivas.

Quando se analisou quantitativamente os dados desta pesquisa, no capítulo anterior, viu-se que quando questionados se contribuiriam em um projeto da comunidade que não lhes beneficiaria diretamente, mas poderia beneficiar outras pessoas, a maioria dos conselheiros respondeu que sempre ajudariam.

Briceño-León (1996), ao apresentar a sétima tese sobre a educação sanitária para a participação comunitária, enfatiza que esta não deve significar uma dissolução da responsabilidade individual, pelo contrário, para o autor, ela contribui para uma boa política de estímulo à participação ao fomentar o interesse e o compromisso de cada pessoa com alguma meta. Assim, a participação social não significa por si ação coletiva, significa que é uma ação levada a cabo pela sociedade civil como algo diferente da ação levada pelo Estado através do Ministério da Saúde ou algum outro órgão que emprega pessoas para realizar tarefas de saúde.

A opinião do conselheiro db5 coloca num primeiro momento o interesse individual, considerando os direitos e responsabilidades das famílias em relação à necessidade de maior atenção à saúde. Assim, entende-se que quando o indivíduo precisa, acaba por aproximar-se do conselho para requerer aquilo que lhe cabe. Em relação ao fato de reivindicar direitos, em determinados momentos, pode-se olhar tal atitude como um fator empoderante, visto que ao fazer uma leitura sobre o empoderamento individual se depara com a articulação do indivíduo na busca de respostas para suas necessidades, como define Kleba (2007).

Dobashi (2005) considera que para que um povo possa ter saúde, deve apresentar suas reivindicações, suas necessidades, as informações precisam ser democratizadas, não se pode esconder ou deixar de ouvir o usuário, mas sim enfrentar isso de forma transparente e colocar a disputa das forças sociais como o modelo de desenvolvimento que se quer. Talvez este seja o grande desafio para o empoderamento do Conselho Local pesquisado.

3.3.2 CATEGORIA II - Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco

A contextualização das Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco procura apresentar a relevância da discussão sobre o tema que reside, fundamentalmente, no que sinaliza a concretização de 20 anos de SUS, de um dos pilares de sua estruturação institucional e do projeto político que o fundamenta: a democratização das políticas de saúde. Sob esse enfoque, Pitta (2006) diz que se vive numa era de novas velocidades, novas tecnologias e novas temporalidades. Assim sendo, a chamada democracia direta ou participativa é necessária para que se possa superar as desigualdades de poder decisório, encontradas em toda a parte e, em especial aqui, nos conselhos de saúde do Brasil. Para a consolidação da democracia brasileira, ressalta a expositora, tornam-se imprescindíveis a participação, o direito à comunicação e o direito à informação.

Ao fazer-se uma conexão com o setor saúde, viu-se que, apesar de todos os avanços e discussões, os temas centrais (participação popular, financiamento, recursos humanos, modelo assistencial, respeito às diretrizes do SUS, entre outros), que vêm sendo indicados como problemas, exigindo um enfrentamento sério para a garantia de acesso à saúde nos últimos governos, especialmente estaduais e federal, são tratados apenas periféricamente.

Mesmo considerando as dificuldades já citadas, muitos sujeitos têm buscado alterar a realidade da política de saúde no país. Não são apenas representantes da sociedade civil, também agentes públicos que, comprometidos, buscam alterar os caminhos até aqui trilhados. Não se pode ignorar, nessa trajetória, a importância da formação dos novos profissionais que atuam nessa área.

Há falas que apontam para a necessidade de uma participação mais próxima do Conselho Municipal de Saúde, atrelada à necessidade de assessoria para esclarecimentos de

questões legais, administrativas quanto às atividades do conselho local. As falas seguintes expressam esta necessidade:

Eu sei que nós precisamos nos preparar melhor com pessoas como você, com conselho municipal. Que venham nos esclarecer. Não só esclarecer. Mas com o que nós temos e o que queremos. (Informação verbal - db1).

A gente gostaria que alguém do conselho municipal viesse aqui, explicasse as coisas pra gente. Ajudasse a gente a fazer as coisas que a nossa comunidade precisa. (Informação verbal - db4).

Assim a gente entende mais, com conselho municipal. Se tivesse alguém, que nos ajudasse, colocaríamos no papel reunimos ,conversando, discutimos o que precisa pra que saia dessa discussão pra sair do papel. Se existisse alguém que nós tivéssemos acesso com mais facilidade que participasse das nossas reuniões. (Informação verbal -db9).

Observa-se que os conselheiros apresentam certa dependência de que a participação tem que ser reconhecida, institucionalizada, dentro e com o Conselho Municipal. Entende-se que a institucionalização nem sempre garante o sucesso e a qualidade da participação, pois esta pode contribuir para o processo inverso ao empoderamento porque favorece o silenciamento de muitos, contribuindo para a tecnificação dentro do colegiado. Para Wendhausen (2002), a participação atribuída à institucionalização reforça o discurso do uso de estratégias de saber/poder pelos segmentos governamental e privado e impõe este regime, limitando a participação dos demais segmentos. A autora destaca que, o que deveria ser um espaço de diálogo, de relações simétricas, resulta em um espaço que reforça as diferenças.

Nesse contexto, Fleury (2007) diz que a participação popular não pode ser entendida apenas como mais uma variável na implementação de programas, nem tão pouco a mera presença das pessoas nas instituições, mas sim como a viabilização de um processo libertador que ocorre pelo conhecimento da realidade, de forma a avaliar as circunstâncias que condicionam o nível e a qualidade desta participação.

Dessa forma, os Conselheiros Locais de Saúde do Bairro Dom Bosco buscam significações que se referem, também, ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica, possibilitando, de fato, a democracia.

Para Vasconcelos (2004), o empoderamento significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente, daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. Um dos aspectos fundamentais do empoderamento diz respeito às

possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político.

Quando os conselheiros reivindicam que o conselho Municipal os ajude, pode-se considerar a hipótese de se referirem, também, a cooperação do Conselho Municipal como detentor de maiores possibilidades de desenvolverem o conhecimento, visto que este colegiado possui mais acesso à informação, à comunicação e a maiores articulações com a gestão e o processo decisório.

Nesse sentido, Wendhausen, Barbosa e Borba (2006) consideram como o empoderamento se torna um processo que oferece possibilidades às pessoas de auto-determinar suas próprias vidas, efetivando sua inserção nos processos sociais e políticos a partir de sua integração na comunidade e da articulação com outras organizações.

Além dessa correlação entre representação e participação, Lüchmann (2006) discute o conceito de participação política a partir de pelo menos outras duas importantes considerações. Em primeiro lugar, a crescente facilidade, diversidade e generalidade do uso deste termo nas diferentes falas, práticas e projetos político-sociais. O “mote” da participação é clamado por todos os cantos do país, obscurecendo e diluindo, como analisado por Dagnino (2004), os diferentes sentidos que lhes dão sustentação. Em segundo lugar, o questionamento através da constatação da disposição em participar nesses espaços (principalmente das experiências de OP), diferentes das abordagens que reiteram a apatia e a indiferença política generalizada da população.

Tendo em vista, portanto, a polissemia de significados e de práticas participativas e, fundamentalmente, a íntima articulação entre participação e democracia, Lüchmann (2006) considera que se torna cada vez mais necessário não apenas “decantar” os diferentes sentidos da participação - que parecem acomodados em um axioma que não problematiza uma suposta relação imediata entre democracia e participação - como analisar a participação para além de si mesma, incorporando os elementos e mecanismos que operam para o fortalecimento (ou enfraquecimento) das práticas democráticas.

A diversidade das condições de organização dos Conselhos de Saúde e de sua articulação com os movimentos sociais organizados, base de sua representação, contribuem para retardar a consolidação do processo de controle social na saúde. Alia-se, ainda, ao que Fuks (2005) aponta sobre as grandes diversidades locais e regionais referidas quanto às necessidades de atenção da população e às condições institucionais e administrativas do conjunto de municípios e estados.

Como lacuna, identifica-se a ausência de outras formas de participação, diversificando e construindo novas modalidades de interlocução entre usuários e gestores. Do lado da gestão executiva do SUS não há uma cultura de transparência na gestão pública, na difusão de informações. Por outro lado, a precária existência de estruturas de escuta do cidadão usuário, como é o caso das ouvidorias do SUS, ainda não informam suficientemente os movimentos sociais organizados e seus representantes institucionais para qualificar sua atuação no controle social.

Assim, ao analisar-se as falas dos conselheiros, pode-se dizer que empoderar passa a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada ator social assume junto ao Estado, ao conselho, à comunidade diante da vida, na aceção de tomar os rumos para influenciar no destino do próprio grupo que representem à necessidade e à vontade dos cidadãos.

Putnan (2002) considera que um sentido mais abrangente do conceito de empoderamento na prática das ações em saúde conjectura que os indivíduos melhoram o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, modificando a realidade. Isso envolve a prevenção dos agravos à saúde e a promoção à saúde, como metas a serem atingidas através dessas mudanças que propiciam a melhoria na qualidade de vida dos envolvidos. Nesse processo, o indivíduo ou o coletivo usa seu poder, faz escolhas e toma decisões relacionadas ao seu modo de vida, ao seu trabalho e a sua saúde, assumindo o controle de sua vida, exercendo seu direito de cidadão.

Outro problema levantado nos encontros com o Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco, foi a preocupação dos conselheiros relacionada à interferência político partidária nas práticas do grupo que podem por em risco a qualidade da representatividade, como vê-se na fala abaixo:

Nós do conselho lutamos pra que isso acabe, eu acho que ainda tem muito políticos enfiados no meio, pra mim, ainda existe, na minha opinião, muita gente que uma época eu acho errado quando muda o prefeito muda todo mundo muda definitivo ,eu já presenciei cenas que os efetivos que ficam dividido que a administração administra [...] puxando pro outro lado pra que não aconteça [...]. (Informação verbal - db2).

Através dos depoimentos acima, observa-se que os conselheiros acreditam que a comunidade pode participar menos, porque descredita na política (partidária) vigente. Experiências mal sucedidas de participação apontam que o Estado cria espaços democráticos que, na verdade, mascaram verdadeiros objetivos e, assim, acabam por confundir a participação com um conceito deturpado de política, vivenciado em seu dia a dia. É

importante refletir sobre o significado que o termo política assume no cotidiano das pessoas, passando do entendimento de política pública que objetiva operacionalizar a lei, para o sentido de política partidária, caracterizada por um mote ideológico partilhado por um determinado grupo ou comunidade.

No Brasil, tradicionalmente, as oligarquias fizeram uso da coisa pública e forneceram o espaço privado para o funcionamento do que Brodersen (2007) entende por “administração da coisa pública”. A área da saúde passou a ser marcada por forte pressão universalista e uma liderança reformista expressiva que, na década de 80, numa conjuntura favorável, elaborou projetos inovadores, conforme já mencionado. Esses projetos sofreram interferências na sua implementação pela permeabilidade do setor ao clientelismo e corporativismo. Os interesses do setor privado de saúde são fortemente representados na burocracia estatal pela figura de ministros, senadores, deputados, prefeitos e vereadores. Representantes desse setor, desde o governo militar, ocupam sucessivamente cargos de liderança nas áreas de políticas sociais. Os representantes desses grupos privados elaboram leis que defendem os interesses deles e conseguem aprová-las através dessa rede de intermediação de poder entre público/privado.

Outra questão a discutir sobre a qualidade da representatividade, que não apareceu nas falas dos participantes é o que se havia constatado ao analisar os dados quantitativos. No quadro 6, constante no capítulo anterior e cabível nessa discussão, os dados da pesquisa revelaram uma concentração de conselheiros, cuja ocupação está vinculada à máquina pública, especialmente ao governo municipal, denotando que este espaço está sendo preenchido massivamente por membros ligados ao poder público. Essa situação evidencia a existência de um forte vínculo e, até certo ponto, uma centralização do poder, caracterizado por Labra (2006) como uma estratégia de cooptação das lideranças, por meio da qual o poder público intervém na sociedade com o propósito de interferir nos processos de decisão política e controle do poder.

Entretanto, há participantes que percebem o Conselho Local como um espaço político em que não há interferência partidária, como nos depoimentos a seguir:

E por mais que não seja partidário, ele é um movimento político, que nos representa porque ele mexe com a sociedade, mexe com a gente, porque a gente tem o objetivo em frente aquilo lá. Então ele é um movimento político, certo? (Informação verbal - db8).

Não, não é partidário é uma coisa boa, faz com que a gente se torne cidadão, que a gente exerça o nosso direito. (Informação verbal - db8).

Ao analisar as falas, percebe-se que os conselheiros locais entendem os participantes procedem de movimentos políticos que não pertencem a nenhum partido exclusivamente e que contribuem com a sociedade porque podem expressar estratégias para o desenvolvimento da cidadania, da solidariedade e da construção de valores.

Como referido pelo conselheiro db8, o conselho é um movimento e como todo movimento traz com ele mudanças. Nesse contexto, acredita-se que participação tem a tendência de levar à democratização do poder local, contribuindo, por sua vez, na definição das políticas sociais e na solução de problemas e de reconhecimento na sociedade.

A concepção apresentada corrobora com o que Carvalho (2006) considera em relação aos conselhos de saúde enquanto movimentos políticos e formadores de opiniões. Para o autor, a participação da sociedade nas políticas públicas, por ser recente, representa um processo de questionamento à forma centralizadora e vertical do poder público, pois a proposta participatória trilhou um longo percurso teórico e prático até alcançar o formato institucional dos Conselhos de Saúde contemporâneos.

Outra questão é que o modo de se fazer representar também norteia a representatividade dentro dos conselhos locais de saúde. As falas dos conselheiros e as observações dos encontros demonstram que há poucos que falam, colocam-se mais, questionam mais. Isso pode se dar pelo resultado do sentir-se empoderado ou não, e dos caminhos para colocar-se de maneira que represente a comunidade.

É pertinente aqui considerar os dados encontrados no capítulo anterior quanto à paridade nos conselhos locais, pois em relação à ocupação se percebe que grande parte dos conselheiros é profissional/trabalhador de saúde, pois ainda que não façam parte da equipe de saúde do bairro, são profissionais/trabalhadores de saúde na rede de saúde do município. Isso põe em xeque a real paridade dentro dos conselhos, uma vez que a presença quantitativa, assegurada como requisito jurídico da paridade, mesmo quando cumprida, não significa correspondência direta com a capacidade de intervenção nesse espaço, principalmente se considerado o segmento dos usuários que detém no conselho local a metade do número de conselheiros.

Em termos de empoderamento, pode-se afirmar que, o fato de os conselheiros locais, representantes do segmento usuários serem profissionais ou trabalhadores de saúde, significa um fator limitante para o empoderamento. Segundo Borba (2005), as tradicionais fronteiras de representação, inaugurando um novo espaço institucional, ou seja, representando um avanço na democratização, ampliam os espaços e o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública, exigindo dos cidadãos conhecimento e informações que os habilitem a exercer

um poder no processo político, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político.

Dessa forma, entende-se que esta “falsa” paridade faz com que todas as ações do conselho estejam voltadas à procura de soluções para os problemas e demandas do serviço, da assistência. Isto é, contribui como um fator limitante para o empoderamento dos usuários, pois gera a “submissão do usuário” em relação ao direito, à voz e ao voto.

É possível levantar uma hipótese de que este fator limitante para o empoderamento dos usuários, ocorrido quando o segmento em destaque não está representado por conselheiros que legitimamente são usuários, contribui para a medicalização dos serviços e o fortalecimento do modelo assistencial vigente.

Como afirma Teixeira (2002), o empoderamento está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, o que implica um suporte mútuo, cooperação, auto-gestão e movimentos sociais autônomos que demonstram que somente a força das leis não consegue dar respostas às necessidades e às vontades da sociedade, sobretudo, aos segmentos mais pobres (financeira e politicamente), que sofrem discriminações dos mais variados tipos.

Ao discutir os motivos para a participação dos Conselheiros no CLS do Bairro Dom Bosco, procurou-se identificar no discurso dos conselheiros qual o motivo para a participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco.

Quando se aplicou a primeira dinâmica com a construção da rede de fios, na qual se solicitou que os conselheiros se apresentassem e dissessem a razão de estarem participando do conselho identificam-se alguns destes motivos:

Participo acreditando que a gente consiga não só falar, mas fazer algo que um dia eu possa dizer isso ali, fomos nós que conseguimos, que eu tenha orgulho amanhã de dizer isso aqui nós conseguimos. Que isso aconteceu. Que amanhã eu posso dizer pra um filho, um neto que isso aqui não funcionava, isso não existia. Nós lutamos e conseguimos. Por isso que eu participo e acredito que nós vamos conseguir sair das palavras, sair do papel e chegar fazer alguma coisa pra deixa pra nossa comunidade. (Informação verbal - db3).

Eu participo porque me sinto privilegiado em participar do conselho; eu sou um eterno crítico de mim mesmo, sempre procura a perfeição. Em tudo que estiver fazendo. Quero colaborar com a melhoria da saúde, me sinto privilegiado, com a idade que eu cheguei participar com vocês e apagar os sentimentos que agente vem carregando com agente. Trocar por coisas boas; participar desde grupo. Me orgulho de ser o presidente deste conselho.(Informação verbal - db2).

O que se identificou de mais concreto é a questão da participação associada ao sentido de contribuição para a comunidade, com melhoria das condições de saúde da população assistida na localidade, como se pode constatar na fala do presidente do Conselho

Local de Saúde do bairro Dom Bosco (db3), que é um usuário. Não é somente na força do grupo, mas no quadro de apoio e no olhar voltado para os benefícios que o conselho poderá deixar para o futuro da comunidade, que motivam a participar. O conselheiro destaca que as decisões repercutirão na situação de saúde de outras gerações.

Isto faz com que se pense que no centro deste processo se encontra o incremento do poder das comunidades, a posse, o controle, os seus próprios esforços e o seu destino. Uma comunidade que trabalha para atingir objetivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e seu poder coletivo para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos, o que aponta para o empoderamento coletivo, evidenciado por Vasconcelos (2004).

Percebe-se também, nas falas, que participar é motivo de orgulho, o que leva a considerar que a participação interfere na identidade. Lavallo, Houtzager e Castello (2006), em pesquisa realizada com 229 organizações civis de São Paulo, entrelaçam a questão do orgulho à questão da motivação, da identidade e do desenvolvimento das comunidades no que se refere aos recursos humanos e aos materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado. Para Lavallo, Houtzager e Castello (2006), o argumento de identidade espelha a vontade dos conselheiros de potencializar a emancipação dos representados, compromisso com estes por solidariedade, afinidade e identificação real com seus problemas e necessidades.

Vislumbra-se que as atitudes de envolvimento político podem estar associadas à organização política da sociedade civil. A participação, sob o olhar de Demo (2001), enquanto organização da sociedade civil é um dos caminhos que pode levar a constituição de políticas igualitárias e cidadãs. Sendo que a própria participação, ainda que em nível local, favorece o processo de politização e empoderamento. Assim, a necessidade de resolutividade, expressa através das falas dos conselheiros locais de saúde do bairro Dom Bosco, indica sua crença de que podem influenciar nas decisões e na mudança da realidade.

Poder-se-ia inferir que as possibilidades de envolvimento político/social dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Dom Bosco estão relacionadas diretamente com questões de solidariedade, como prática de voluntariado.

Nessa relação, Brodersen (2007) considera que este envolvimento fortalece os laços de solidariedade entre os atores sociais, traz de volta valores que foram perdidos no contexto do agravamento da crise social e política, na qual os princípios que determinam as relações

sociais se regem pelo individualismo e a exclusão de setores menos empoderados pela sociedade.

Desse modo, Baquero (2001a) considera que as associações voluntárias seriam formas de ativar e estreitar as redes sociais, evitando o isolamento dos indivíduos e que tais associações podem exercer importante papel para romper o isolamento individual e melhorar as condições de saúde.

Kleba (2007) acredita que a construção de redes se torna mais um indicador para o empoderamento em nível pessoal porque as pessoas acreditam no resultado da sua participação e na mudança da realidade. Oakley e Clayton (2003) afirmam que estas mudanças se dão na medida em que o empoderamento externo ocorre, pois consiste em maior atuação grupal, em comunidade em desenvolvimento da autoconfiança.

Ainda que o conceito de rede seja utilizado para fazer referência a distintas realidades, apresenta, no entanto, como idéia comum, a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia. Essa rede de solidariedade, presente no tecido social brasileiro, contrariou a tese de que a sociedade civil estaria totalmente desativada e apática. A importância da formação e ampliação dessas redes de solidariedade estava não só na mobilização e distribuição de recursos para famílias, grupos e pessoas em situação de carência, mas também na disseminação de uma noção de cidadania ligada à idéia de interdependência entre os membros da sociedade. Essa idéia vincula-se à noção de redes, já que estas envolvem relações de trocas, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. (BAQUERO, 2003).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em pesquisar a temática da participação como fator empoderante para os conselheiros locais surgiu da motivação gerada na pesquisadora quando na graduação entrou como bolsista no mundo da participação social através de dois projetos que mais tarde levaram a olhar o empoderamento através dos conselhos de saúde. A intenção foi conhecer como o processo de participação através dos conselhos locais de saúde estava acontecendo no município de Itajaí.

Ao longo do processo de implementação dos conselhos locais, procurou trocar conhecimentos, dialogar e ampliar sua visão em relação às vivências e representações dos conselheiros locais de saúde.

Em relação ao diagnóstico do funcionamento dos sete conselhos existentes, detectou-se que nenhum conselho possui recursos próprios. Eles utilizam os recursos das respectivas unidades de saúde que, em sua maioria, só possuem telefone como meio de comunicação. Esses dados indicam que os Conselhos Locais de Saúde (CLS) carecem de estruturação em termos de recursos físicos, materiais, informativos, uma vez que tal carência reduz as condições para o efetivo exercício de suas funções como conselheiros de saúde.

Viu-se que seis dos conselhos locais já possuem seus respectivos regimentos, com exceção de um conselho que, durante a coleta de dados, encontrava-se em processo de discussão do Regimento Interno. Pôde-se observar que não existe, em nível municipal, nenhuma regulamentação relacionada a esse respeito, ficando a cargo de cada território, o estabelecimento de critérios para eleição composição de seu conselho.

As reuniões da maioria dos conselhos pesquisados ocorrem mensalmente, em local cedido pela prefeitura municipal, pois nenhum desses conselhos possui sede própria. Isto é, as reuniões acontecem nas Unidades de Saúde que abrigam as equipes de Saúde da Família.

Dessa forma, quando se faz o movimento para o nível local de participação, pode-se dizer que os mecanismos de participação através dos conselhos locais obrigariam as equipes a negociar suas propostas com outros grupos sociais que circulam nas esferas do poder, nas comunidades e nos serviços de saúde.

Quanto aos conselheiros, constatou-se que a maioria são adultos jovens, do sexo feminino, que não tiveram capacitação para atuarem como conselheiros. Foram motivados a participar por iniciativa própria/interesse pessoal ou estímulo de colegas da categoria e/ou da entidade. Possuem nível superior de escolaridade em sua maioria.

Em relação à renda dos conselheiros, observou-se certa variação no que se refere à renda individual e à renda familiar, já que a população do estudo contou com a maioria dos conselheiros representantes dos trabalhadores de saúde e, dentre eles, muitos são pessoas que desenvolvem atividades cuja renda é inferior a quatro salários mínimos.

No segundo momento da pesquisa, em que se realizou o grupo de discussão no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco, pôde-se analisar as falas dos conselheiros, das quais emergiram as categorias do estudo: a primeira, denominada Fatores Limitantes da participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local do bairro Dom Bosco, e, a segunda, Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco.

Em relação a primeira categoria, identificou-se que os conselheiros crêem em alguma forma de mobilizar as pessoas, em decorrência de suas reclamações, fazendo com que o conselho se torne mais presente no cotidiano da comunidade. As falas evidenciam que existe um descrédito da comunidade para com o envolvimento e a participação. Assim acabam inventando desculpas porque não estão motivadas para fazer parte desse processo. Por outro lado as mesmas falas encerram uma contradição quando esboçam um sentido de punição, quando quem participa tem direito de reclamar e os outros não.

Viu-se que em torno da falta de interesse, apresentada por esses conselheiros, existem vestígios de uma cultura de não participação, que no país se relaciona ao medo da democracia e do envolvimento. Entretanto, também é possível visualizar que o interesse em participar liga-se ao valor que cada pessoa dá para o envolver-se, às relações diretas com a trajetória de vida, com a cultura em participar. Desse modo, as pessoas cuja família já tem um envolvimento político mais exercitado tendem a envolver-se, a participar de alguns grupos.

Assim, a participação sob o olhar dos conselheiros locais do bairro pesquisado, seria melhor traduzida como estratégia de aprender a ter poder, a se fazer levar em consideração, a fazer valer a importância econômica, política e cultural das pessoas, categoria ou classe que estejam participando de um determinado processo social.

Essa categoria possibilitou, através das falas dos conselheiros, identificar que, em alguns momentos, a participação no conselho local pode parecer limitada porque existem interesses individuais, demonstrando o imediatismo que se apresenta quando as questões são pontuais e urgentes. Visualiza-se que as pessoas deixam de participar coletivamente principalmente quando possuem necessidades de vida que as obrigam a pensar em si mesmas, mas percebem também que além da assistência à saúde, o conselho deve voltar-se para as necessidades de todo o bairro, e que, quando o interesse de um dos participantes não beneficia o coletivo, o conselho consegue mostrar que tem outros objetivos.

Quando se atenta o olhar para a segunda categoria deste estudo, percebe-se que na subcategoria: reconhecimento pelo conselho municipal de saúde, as falas expressam a necessidade dos conselheiros em relação à participação mais próxima do Conselho Municipal de Saúde. É possível identificar que esta proximidade se relaciona a certa assessoria para esclarecimentos de questões legais, administrativas e as atividades do conselho local.

Pôde-se, igualmente, perceber que os conselheiros Locais de Saúde do Bairro Dom Bosco buscam significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia.

Na segunda categoria analisada, intitulada Possibilidades de participação no Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco, constatou-se que as preocupações dos conselheiros estão relacionadas à interferência político-partidária nas práticas do conselho, o que poderia colocar em risco a qualidade da representatividade. Identificou-se uma vertente à institucionalização da participação que, nem sempre, garante o sucesso e a qualidade da participação, pois pode contribuir para o processo inverso ao empoderamento porque favorece o silenciamento de muitos, contribuindo para a tecnificação dentro do colegiado.

Quando se discutiu sobre as possibilidades de participação no Conselho, foi possível observar que a participação está associada ao sentido de contribuição para a comunidade, como melhoria das condições de saúde da população assistida na localidade, é uma questão de solidariedade. As falas dos conselheiros expressam que não é somente na força do grupo, mas o quadro de apoio e o olhar voltado aos benefícios que o conselho poderá deixar para o futuro da comunidade que os motivam a participar. Os conselheiros destacam que as decisões repercutirão na situação de saúde de gerações futuras.

É interessante o fato de os conselheiros conseguirem perceber que, além da assistência à saúde, o conselho também deve voltar-se para as necessidades de todo o bairro, e que quando o interesse de um dos participantes não beneficia o coletivo, o conselho consegue mostrar que tem outros objetivos, como já se afirmou anteriormente.

Acredita-se que a partir das investigações realizadas neste estudo, fazem-se necessários alguns passos para que a institucionalização da participação por via do CLS seja mais efetiva em Itajaí. Para que haja uma real apropriação deste espaço pelos representantes dos usuários, deve-se investir na superação dos limites apontados. Para a superação desses limites sugere-se a criação, no âmbito societário, do fórum temático da saúde, permanente e com ampla participação social que, para além de servir como *locus* de elaboração de interesses específicos e capacitação técnica, promova acúmulo de “capital social”.

Igualmente, sugere-se a incorporação de assessoria e cooperação técnica aos grupos que constituem forças potenciais nesta nova ordem política e ao próprio Conselho. Para tanto, seria necessário um novo envolvimento, mas em outros termos, de agentes externos, não só governamentais.

Considera-se, ainda, a necessidade de fortalecimento das alianças já existentes nas comunidades com os diversos grupos presentes no bairro: as igrejas, as ONGs, a universidade e os intelectuais de áreas afins, que poderão contribuir para o aporte organizativo para esses fóruns. Assim, pode-se dizer que a consolidação do empoderamento das comunidades através dos CLSs vai além da mera participação popular, já que demanda uma posição ética e política de que só a própria população pode identificar suas necessidades e os caminhos para atendê-las.

Concorda-se com Vasconcelos (2003) quando este se refere à distribuição do poder em nível local. Para o autor, existe uma distância prática entre o poder de ação legal e o poder de ação real desse colegiado. Também evidencia as demasiadas esperanças que o movimento da reforma sanitária depositou nos Conselhos Gestores e aponta para a necessidade de se relativizar a participação social no âmbito do Estado e das equipes. Esta necessidade deve-se, principalmente, ao fato dos representantes dos usuários contarem com uma limitação intrínseca para influir na formulação da agenda. Isto é, a desigualdade no nível de informação com que comparecerem a estes espaços, uma vez que, cotidianamente, não compartilham e não participam da lógica e dinâmica do espaço político-institucional de saúde.

Acredita-se que as possibilidades de participação no conselho local foram vivenciadas pelos participantes do Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco. Percebe-se que, em linhas gerais, as ações dos conselhos são favorecidas por iniciativas das instituições e não da comunidade, bem como transpareceu que os usuários ainda não estão utilizando a participação da forma mais adequada, pois ainda parecem depender muito das opiniões e decisões dos profissionais de saúde.

Foi perceptível que os encontros realizados não somente atenderam aos objetivos deste estudo, mas também contribuíram para que o Conselho Local de Saúde do Bairro Dom Bosco e pudesse dar sentido a sua implementação, ajudando-os a organizar o trabalho e a organizar a si mesmos. Entretanto, é preciso avaliar os desafios encontrados e as possibilidades apresentadas para uma real participação social no país, ressaltar a necessidade de presença ativa dos sujeitos na construção do processo democrático no SUS e abrir a discussão sobre a necessidade de empoderamento/libertação da população usuária do sistema.

Diante da análise feita neste estudo, percebeu-se que a consolidação da democracia, em especial na área da saúde em nível local, torna-se uma tarefa árdua, complexa e cheia de desafios nos tempos atuais, principalmente quando se refere à participação em nível local. Entende-se que um desses desafios é o de perscrutar se a participação da população representada nos Conselhos Municipais de Saúde é tal que garanta a efetividade das políticas públicas de saúde, que fortaleçam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a democratização das relações.

É interessante o fato deste conselho está diretamente ligado a uma Universidade, que abriga duas equipes de saúde da família com a proposta de Distrito Docente Assistencial que, de acordo com o Ministério da Saúde (2007), busca romper com falsas dicotomias entre cura e prevenção, entre áreas clínicas e saúde coletiva, integrando departamentos e disciplinas nas atividades de ensino, assistência e pesquisa, favorecendo inovações, mesmo diante de um contexto de crise e de reorientação das relações entre o Estado e a Sociedade, que ameaça a viabilização de um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Em relação aos encontros, poderia dizer que o carinho e disponibilidade com que os conselheiros a receberam, ao serem convidados a participar da pesquisa e seu envolvimento durante todo o processo, foi estimulante e proveitoso, e a fez acreditar firmemente que a participação social é a estratégia mais correta para a mudança do modelo assistencial vigente e da promoção da saúde e da qualidade de vida. Pôde perceber que os conselheiros, principalmente do segmento dos usuários, demonstraram grande interesse em fazer algo para mobilizar as pessoas para o Conselho, de modo a participar mais das decisões em saúde e da própria comunidade.

Ao término de mais esta etapa, pode-se dizer que este estudo possibilitou diferentes olhares. Numa visão sociológica, percebeu-se o empoderamento e este em relação ao contexto no qual se opera, o que significa: entender como os objetivos dos conselheiros estão relacionados com o contexto no qual estão inseridos, poder identificar qual o impacto que esse contexto provoca no comportamento de cada um e como age para estar de acordo com ele. Acredita-se que o Conselho Local de Saúde Dom Bosco foi com certeza a melhor escolha para o desenvolvimento deste estudo, pois se mostrou caminhando em busca dos propósitos da participação social, com indícios de empoderamento, articulação interna e externa, em que as pessoas têm direito a voz.

Como enfermeira, a pesquisadora sentiu-se confortável em saber que o controle social pode dar certo, ainda que, na realidade em que se insere como servidora pública, isso

seja um desafio. Entretanto, sente-se frustrada por saber que existe esta desarticulação do controle social em sua base e o atraso educacional e cultural no processo de democracia, pelo regime de governo ser uma democracia representativa, na qual a sociedade é chamada a participar e votar, mas não para construir junto, como seria o ideal, uma democracia participativa. Compreende-se que a consolidação dos conselhos locais será lenta e gradual, mas que surtirá efeitos na sociedade capazes de fazer com que os profissionais da saúde e os usuários do SUS repensem suas atitudes e busque uma mudança efetiva nesse contexto social.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA FOZ DO RIO ITAJAÍ-AÇÚ. **Informes da Região**. AMFRI, Itajaí, 2007.

BAQUERO, M. **Reinventando a Sociedade na América Latina**: cultura política, gênero, exclusão e capital social. Porto Alegre/Brasília: Ed. Universidade/UFRGS/Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001.

_____. **Cultura política participativa e desconsolidação democrática**: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. São Paulo: Perspectiva, v.15, n.4, p.98-104, Oct./Dec. 2001.

_____. Contribuindo para uma outra sociedade: o capital social na Estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n. 21, 2003.

BOBBIO, N. **Liberalismo e Democracia**. 6. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

_____. **O futuro da democracia**. 7. ed. rev. e amp. Tradução Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BOHMAN, J. La Democracia Deliberativa y sus Críticos. *Metapolítica*, México, v. 4, n. 14, p. 21-38, abr-jun. 2000.

BORBA, J. Cultura política, ideologia e comportamento eleitoral: alguns apontamentos teóricos sobre o caso brasileiro. **Opinião. Pública**, v.11, n.1, p.147-168, 2005.

_____. O significado político dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. In: Encontro de Pesquisa em Saúde: o SUS e a Atenção à Saúde da Família e 1ª Mostra de Pesquisa e Extensão do CCS, 2., 2004, Itajaí. **Anais...** Itajaí: UNIVALI, p. 33-40, 2004.

BORBA, R. A. Concepções e Práticas dos Usuários de um Programa de Saúde da Família sobre Participação. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

BORDENAVE, J. E. D. **O Que é Participação**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução 333 de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, nº 236, seção 1, p.57. Brasília, DF: imprensa nacional.

_____. Ministério da Saúde. **Guia do conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais, Brasília, 1998.

_____. Lei n 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências Intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais, Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social**: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde **A prática do controle social**: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social**: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**, (2004) Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2007.

_____. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**, (2007). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de cooperação técnica e financiamento de programas e projetos mediante celebração de convênios e instrumentos congêneres**. 2006. Fundo Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde,(Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2007.

BRICEÑO-LEÓN, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n. 14 (supl. 2), p. 141-147, 1998.

_____. Sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.7-30, jan./mar. 1996.

BRODERSEN, G. **Participação social**: concepção da construção teórica na saúde. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem, Filosofia, Saúde e Sociedade), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p 14-24, jan./abr. 2004.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.72-85, jul./ago. 2006.

CARVALHO, E. F.; ACIOLI, M. D. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.14 (supl .2), 1998.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.16, n.2, p.271-279, abr./jun. 2007.

CORREIA, M. V. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 164 p.

CORTÊS, S. M. V. As Origens da Idéia de Participação na Área da Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n.51, p.30-37, jun. 1996.

_____. Balanço de Experiências de Controle Social, para além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, 2001. p. 23-42.

COSTA, D. M. (Org.). **Democratização dos poderes municipais e a questão de gênero**. 2. ed, vol. 7. Rio de Janeiro: IBAM/Fundação Ford, 2006. Série Experiências Inovadoras.

DaMATTA, R. **O que faz o Brasil, Brasil?** 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de poder de política social e participativa. São Paulo: Cortez, 2001a.

_____. **Pobreza Política**. Campinas: Autores Associados, 2001b.

_____. **Participação é Conquista**. São Paulo; Cortez, 1996.

DOBASHI, B. F. *et al.* Viva seu Bairro: em Campo Grande/MS a promoção da saúde percorre os caminhos da intersectorialidade. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 32, p. 28-35, mai. 2005.

DAGNINO, E. Os Movimentos Sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, E. (Org.). **Os anos 90**: Política e Sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 2004.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular**: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

DONIAK, F. A. **Participação comunitária no processo de desenvolvimento local**: estudo do caso do município de Rancho Queimado. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FIGUEIREDO, J. E. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

FLEURY, S. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FUKS, M. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, R. M. & FUKS, M. (orgs.). **Democracia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

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

GADOTTI, M. **Convite a leitura de Paulo Freire**. 2 ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GERCHMAN, S. V. L. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GOHN, M. G. Cidadania, Meios de Comunicação de Massas, Associativismo e movimentos Sociais. In: PERUZZO, Cicília M. K.; ALMEIDA, F. F. **Comunicação para a Cidadania**. São Paulo: INTERCOM; Salvador: UNEB, 2003.

GONÇALVES, M. L. **Participação Social no Sistema Único de Saúde**: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

GODBOUT, J. **La participación contre la démocratie**. Québec: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 1995.

GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, july/sept. 2006.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.

GUTIERREZ, P. R. A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais em Londrina: os dilemas e as discontinuidades do processo. **Espaço Para Saúde**, Londrina, v. 2, n. 2, jun. 2001.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia. **Anais...** Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2006**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 11 de Dezembro de 2007.

ITAJAÍ. Conselho Municipal de Saúde. Lei Municipal 4.376/05. Institui a composição do Conselho Municipal de Saúde e incentivo a participação social através dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Itajaí, 2005.

_____. **Secretaria Municipal de Planejamento de Itajaí**. 2006. Disponível em <<http://www.itajai.gov.br>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2007.

KLEBA, M. E. A participação social na construção do Sistema Único de Saúde enquanto processo de empowerment. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2000, Salvador. **Resumos...** Ciência & Saúde Coletiva: Livro de Resumos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

_____. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

_____. *et al.* Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 16, n. 2, p. 335-342, abr./jun. 2007.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T (Org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 353–384.

_____. Conselhos de saúde. Visões “macro” e “micro”. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, vol. 6, n. 1, 2006.

LAVERACK, G., LABONTE R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. **Health Policy Plan**, vol. 15, n. 3, p. 255-262, 2000.

LOMBARDI, M. R.; BRUSCHINI, C. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, v. 110, p. 67-104, jul. 2006.

LUCHMANN, L. **Possibilidade e limites da democracia deliberativa**: a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre. Campinas: 2002. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MARTINS, P. C. Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 1, p. 238-238, jan./mar. 2008.

MILANI, C. **Teorias do capital social e desenvolvimento local**: lições a partir da experiência de Pintadas (Bahia, Brasil). Salvador, BA: UFBA, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 6. ed. São Paulo: Abrasco, 2002.

OAKLEY, P.; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação do empoderamento**. Tradução de Zuleika Arashiro e Ricardo Dias Sameshima. São Paulo: Instituto Pólis, 2003.

OSTROWETSKY, S. Se a mulher não existisse... **Sociologia e Estado**, Brasília, vol. 19, n. 2, p. 373-399, july/dec. 2004.

OLIVEIRA, E. A. Participação democrática. Banco de Conhecimentos, Estudos temáticos **Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais**, 2005.

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da Saúde em Vitória - ES**: Uma experiência participativa? 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

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

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia**: a experiências da Itália moderna. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 1996.

PITTA, A. M. R. Comunicação e controle social: subsídios para o debate e formulação de uma política pública de (tele) comunicações para a promoção da saúde e da cidadania. In **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle da**

Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 156 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 15, n. 2, maio/ago. 2006.

PINHEIRO, R. Apresentação - democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, no.1, p.11-14, jan./jun. 2004.

RASGA, M.; ESCOREL, S. Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS. Fiocruz, **Informe Escola de Saúde Pública**, Ministério da Saúde, publicada em 06/07/2007.

SANTANNA, A. M. **Participação comunitária**: uma perspectiva sobre a Estratégia de saúde da Família. 2004. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

SANTOS, B. S.(Org.). **Globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, F. R. **Concepções e práticas de participação dos usuários integrantes de Conselhos Locais de Saúde**. 2005. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde). Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2005.

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M. As concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 70-75, 1997.

SELL, C. E. **Democracia e políticas**: diversidade temática dos estudos contemporâneos. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005.

SILVA, L. L. **Conselhos gestores de políticas públicas e a representatividade democrática**: um estudo de caso dos conselhos de saúde de Itajaí/SC e Blumenau/SC. Dissertação (Mestrado em Sociologia). UFPR: Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes – SCHLA, Departamento de Ciências Sociais – DECISO. 2006.

SILVA, A. X.; CRUZ, E.; MELO, A., V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 3, p. 683-688, mai./jun. 2007.

SILVA, M. H. S.; SANTOS, M. R. Perfil de atividades dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família da zona norte de Juiz de Fora. **Revista de APS**, 2007, jul./dez. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/v008n2.htm>>, Acesso em 29 set. 2007.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, (nº. esp), p. 25-30, 2000.

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: s.e, 2002.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, n. 25, p.209-213, nov. 2005.

TEIXEIRA, E. **O local e o global: limites e desafios da participação**. Recife: Cortez, 2001.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

TONELLA, C. Ampliação da participação democrática: Conselhos Gestores de políticas públicas em Maringá. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 106, p. 137-156, jan./jun. 2004.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup.2, p. 7-14, 1999.

_____. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 07-18, 2002.

VARGAS, P. **Seminário Cidadania, Fiscalização e Controle Social em Defesa da Saúde e do SUS**. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paulus, 2006.

VASCONCELOS C.M; PASCHE D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: Campos G.W. et al. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 531-562.

VIANA, S. C. **Os rumos da democracia**. História, Política. Os Gregos e a Democracia Disponível em: <<http://educaterra.terra.com.br>>. Acesso em: 12 de maio.2005.

VERDI, M. A; FRANCESCHI J. A.; FARIAS. L. C. Comunidades saudáveis: a efetivação do controle social no sistema único de saúde através dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). **EXTENSIO - Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, n. 4, 2000.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social**: (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2002.

_____. BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, p. 131-144, set./dez. 2006.

_____; RODRIGUES, I. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no Conselho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 166-174, 2006.

WONG UN, J. A. **Visões de comunidade na saúde**: comunalidade, interexistência e experiência poética. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

ZAMORA, M. H. Empoderamento e Meio Ambiente. **Revista Ecológica do Século 21**, Rio de Janeiro, ed. 113, abril, 2006.

ANEXOS

ANEXO A: Certificado de Parecer da Comissão de Ética

APÊNDICES

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho
Área de Concentração: Saúde da Família

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS) EM ITAJAÍ/SC:
DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE
EMPODERAMENTO DOS CONSELHEIROS**

Prezado Conselheiro,

Este projeto denomina-se **CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS) EM ITAJAÍ/SC: DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE EMPODERAMENTO DOS CONSELHEIROS**, cujo objetivo é descrever a implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Itajaí e as possibilidades de empoderamento mediando um processo de discussão a cerca da implantação dos conselhos Locais de Saúde.

Nessa etapa estamos identificando o perfil dos conselheiros locais de saúde.

Para tanto, necessitamos de sua colaboração no sentido de responder ao questionário abaixo. As respostas devem ser as mais sinceras possíveis. Se você não entender algo, procure nossa equipe.

Agradecemos sua colaboração.

Ivia Rodrigues
Pesquisadora

OBSERVAÇÃO:

- NS – não sabe
- NR – não respondeu

**INSTRUÇÕES AO ENTREVISTADOR:
ROTEIRO**

- Identifique-se e explique os objetivos da pesquisa em linguagem acessível.
- Explique e ofereça o termo de consentimento livre e esclarecido.
- **Procure entrevistar somente os representantes titulares; na sua ausência, entreviste o suplente, porém, identifique-o.**
- **Dê preferência para que o entrevistado preencha os dados. Porém, ao entregar o instrumento ao entrevistado espere para que ele preencha os dados na sua presença.**
- Não induza as respostas.
- Se tiver dúvidas procure orientação com uma das coordenadoras do Projeto.

• **CONSELHO LOCAL DO PSF:**

• **DATA/HORA:**

• **LOCAL DA COLETA DE DADOS:**

• **ENTREVISTADOR:**

APÊNDICE B: Instrumento para Coleta de Dados nos Conselhos Locais de Saúde de Itajaí/SC

1 SITUAÇÃO ESTRUTURAL DO CONSELHO

1.1 ESTRUTURA FÍSICA

Local de funcionamento do conselho:

.....

1. () Espaço Próprio
2. () Alugado
3. () Cedido para uso
4. () Unidade de saúde

1.2 RECURSOS MATERIAIS DISPONÍVEIS

1. () Telefone
2. () Vídeo
3. () Acesso à Internet
4. () Computador
5. () Fax
6. () Jornal próprio
7. () Outros.

2 EM RELAÇÃO AO CONSELHO ATUAL

2.1 Tempo de implantação do conselho:

2.2 Tempo de cada gestão:

2.3 Número de ordem da atual gestão:

2.4 Há lei de implantação? 1. () SIM 2. () NÃO

2.5 Se sim, qual o número e data de aprovação da lei vigente:

.....

2.6 Há regimento interno?

1. () SIM 2. () NÃO

2.7 Se sim, o documento está disponível para leitura?

1. () SIM 2. () NÃO

Xerocar Lei, Regimento, Resoluções e outros documentos disponíveis (resoluções e documentos dos últimos dois anos).

3 FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

3.1 Sobre o atual presidente do conselho:

A que segmento pertence?

.....

Como foi escolhido?

3.2 As reuniões são periódicas?

1. () SIM 2. () NÃO

3.3 Qual é a periodicidade?

1. () quinzenal 2. () mensal
3. () outro

3.4 Qual é a composição recomendada (número de pessoas por segmento) nos documentos (ver na lei, no regimento)?

.....
.....

3.5 Indicar número de representantes e os segmentos representados

Segmento	Numero de representantes

De que forma a pauta chega aos conselheiros?

.....

Qual o prazo de envio da pauta?

.....

3.6 Há divulgação das reuniões à comunidade?

1. () Sempre 2. () Quase sempre
3. () Às vezes 4. () Nunca 5. () NS
6. () NR

3.7 Se sim, de que modo?

1. () Jornal próprio do conselho
2. () Outro Jornal/revista
3. () Rádio
4. () TV
5. () Internet/e-mail

3.8 Se assinalar acima qualquer uma das alternativas ou mais de uma, indicar: Nome do veículo de comunicação, (circulação, periodicidade).

.....
.....

3.9 Há divulgação das decisões do Conselho?

1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes
4. () Nunca 5. () NS 6. () NR

3.10 Se sim, de que modo?

1. () Jornal próprio do conselho
2. () Outro jornal/revista
3. () Rádio
4. () TV
5. () outro

**3.11 Se assinalar acima qualquer uma das alternativas ou mais de uma, indicar:
Nome do veículo de comunicação, circulação, periodicidade.**

.....
.....

4 RECURSOS COLETIVOS DE ATIVISMO POLÍTICO

4.1 Se o conselho não consegue resolver alguma questão no seu âmbito, a que instância costuma recorrer?

1. () Executivo 2. () Legislativo
3. () Ministério Público 4. () Judiciário 5. () Conselho Municipal de saúde

5 ATRIBUIÇÕES LEGAIS

5.1 Quais são os objetivos e/ou atribuições do Conselho prescritas na Lei de criação e/ou no Regimento (copiar na íntegra)?

.....
.....
.....
.....

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho
Área de Concentração: Saúde da Família

**CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS) EM ITAJAÍ/SC:
DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE
EMPODERAMENTO DOS CONSELHEIROS**

Prezado Conselheiro,

Este projeto denomina-se **CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS) EM ITAJAÍ/SC: DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO E POSSIBILIDADES DE EMPODERAMENTO DOS CONSELHEIROS**, cujo objetivo é descrever a implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Itajaí e as possibilidades de empoderamento mediando um processo de discussão a cerca da implantação dos conselhos Locais de Saúde.

Nessa etapa estamos identificando o perfil dos conselheiros locais de saúde.

Para tanto, necessitamos de sua colaboração no sentido de responder ao questionário abaixo. As respostas devem ser as mais sinceras possíveis. Se você não entender algo, procure nossa equipe.

Agradecemos sua colaboração.

Ivia Rodrigues
Pesquisadora

OBSERVAÇÃO:

- NS – não sabe
- NR – não respondeu

1.14 Quantas pessoas dependem dessa renda?..... () NS () NR

2 DADOS RELACIONADOS COM A PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO

2.1 Que segmento você representa neste conselho?

1. () profissional da saúde* 2. () usuário

* O segmento a ser assinalado deve ser previsto na legislação própria de cada conselho.

2.2 O que o motivou a participar como conselheiro?

1. () por iniciativa própria / interesse pessoal
2. () por estímulo de colegas da categoria e/ou da entidade
3. () por falta de disponibilidade de outros para ser conselheiro
4. () outro motivo

2.3 Há quanto tempo (meses, anos), você participa deste conselho?

2.4 2.4 Participa de outro (s) conselho (s)?

1. () SIM 2. () NÃO

2.5 Se sim, qual(is)?

2.6 Pertence a alguma entidade? (ou grupo, organização).

.....

2.7 Quantos membros estão associados a esta entidade? () NS () NR

.....

2.8 Fez algum tipo de capacitação para atuar neste ou em outros Conselhos?

1. () SIM 2. () NÃO 3. () NS 4. () NR

2.9 Se sim, qual(is)?

Quando/em que ano?

Qual a carga horária deste(s) curso(s)?..... () NR () NS

2.10 Como obtém as informações necessárias para atuar no conselho?

1. () Internet/E-mail 2. () Jornal do Conselho
3. () Jornais diversos 4. () Revistas
5. () Informações de amigos, vizinhos
6. () TV 7. () Correspondência
8. () Informações obtidas na Secretaria correspondente
9. () Cursos 10. () Eventos
11. () Outros, Quais:

2.11 Há meios de comunicações disponíveis aos conselheiros na estrutura do conselho?

1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes
4. () Nunca 5. () NS 6. () NR

2.12 Se sim, qual (is)?

.....
.....
2.13 Que outras fontes de informação você considera importantes para qualificar sua atuação no conselho?

.....
.....
2.14 Por quê?

.....
.....
2.15 Quando você precisa de apoio para ações ou reivindicações relacionadas à atuação como conselheiro, a quem procura/recorre (organização, pessoas, instituições, etc.)?

3 REPRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

3.1 Considera que a sua participação no conselho é:

OPINIÃO	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca
1. Importante				
2. Produtiva				
3. Motivada				
4. Gratificante				
5. Enfadonha /Chata				

3.2 Por quê?

.....
.....

4 ENVOLVIMENTO POLÍTICO

4.1 Falando em política, você se interessa por política?

1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes
4. () Nunca 5. () NS 6. () NR

4.2 Considera importante a sua participação na política para resolver os problemas do país?

1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes
4. () Nunca 5. () NS 6. () NR

4.3 Você costuma se manter informado sobre assuntos políticos?

1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () Às vezes
4. () Nunca 5. () NS 6. () NR

4.4 Em relação às últimas eleições:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. () Compareceu à comício | 2. () Doou dinheiro |
| 3. () Trabalhou gratuitamente | 4. () Colou cartazes e adesivos |
| 5. () Usou broches | 6. () Defendeu candidato |
| 7. () Foi candidato | 9. () NR |
| 8. () Outros | |

4.5 Se um projeto da comunidade não lhe beneficia diretamente, mas pode beneficiar outras pessoas do seu bairro, você contribuiria para este projeto?

- | | | |
|---------------|---------------------|-----------------|
| 1. () Sempre | 2. () Quase sempre | 3. () Às vezes |
| 4. () Nunca | 5. () NS | 6. () NR |

4.6 Você se mantém informado sobre a vida da sua cidade e do país através de:

MEIO	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca
1. TV				
2. Rádio				
3. Jornais				
4. Revistas				
5. Livros				
6. Família				
7. Amigos				
8. Ambiente de trabalho				
9. Internet/e- mail				

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)