

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – MINTER
UFSC/UNOCHAPECÓ E ASSOCIADAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

LIANE COLLISELLI

**A COMPREENSÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE
SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SEUS
PROCESSOS**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

LIANE COLLISELLI

**A COMPREENSÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE
SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SEUS
PROCESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz.
Co-Orientadora: Dra. Maria Elisabeth Kleba.

Florianópolis-SC

2009

**FICHA
CATALOGRÁFICA**

610.73 Colliselli, Liane
C711c A compreensão dos conselheiros municipais de saúde sobre
a participação social e seus processos / Liane Colliselli -
Florianópolis, 2009.
124 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina. Florianópolis, 2009.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kenya Schmidt Reibnitz

1. Conselho de saúde - Chapecó. 2. Participação social - Saúde.
I. Reibnitz, Kenya Schmidt. II. Título.

CDD 610.73

Catálogo Caroline Miotto CRB 14/1178

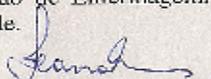
LIANE COLLISELLI

**A COMPREENSÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE
SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SEUS
PROCESSOS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

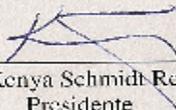
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada a sua versão final em 01 de dezembro de 2009, atendendo as normas de legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dr^a. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

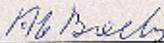
BANCA EXAMINADORA



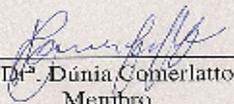
Dr^a. Kenya Schmidt Reibnitz
Presidente



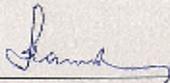
Dr^a. Maria Elisabeth Kleba
Co-Orientadora



Dr^a. Astrid Eggert Boëhs
Membro



Dr^a. Dúnia Comerlatto
Membro



Dr^a. Flávia R de Souza Ramos
Membro Suplente

*Dedico este trabalho aos meus filhos Jônatas e
Nícolas, e, em especial, à minha mãe pela sua
dedicação, ensinamentos e pelo exemplo de fé e
coragem.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, por estar sempre ao meu lado, me guiando e iluminando, tornando possível a concretização deste sonho.

À minha família, que soube compreender a minha ausência, esperar e acreditar que esta seria apenas uma etapa na minha vida.

À minha orientadora professora Kenya, pela amizade e conhecimento partilhado ao longo desta caminhada. Obrigada de coração!

À minha Co-Orientadora professora Lisa, pelo afeto, pela amizade e conhecimento partilhado. Obrigado especialmente, por acreditar no meu potencial.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, por possibilitar que este estudo se concretizasse.

Ao grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Participação Social – UNOCHAPECÓ, onde brotou a ideia, iluminou o caminho e contribuiu na consolidação do estudo. Obrigada Lisa e Dúnia, pela possibilidade de pertencer a este grupo, vocês foram decisivas nesta caminhada.

Ao grupo de pesquisa EDEN, pelo acolhimento, amizade e conhecimentos adquiridos. A passagem foi rápida, mas o aprendizado será duradouro.

À UFSC e à UNOCHAPECÓ, pela oportunidade concedida.

Às colegas do MINTER, pela oportunidade de transformarmos juntas este sonho em realidade.

COLLISELLI, Liane. A Compreensão dos Conselheiros Municipais de Saúde Sobre a Participação Social e seus Processos, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 124 ps.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz.

Co-Orientadora: Dra. Maria Elisabeth Kleba.

Linha de pesquisa: Educação em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a compreensão que os conselheiros municipais de saúde de Chapecó têm sobre a participação social no respectivo Conselho e identificar os motivos que levam os conselheiros a se inserir, continuar e/ou romper com seus processos de participação. Está sustentado teoricamente no conceito de participação de Bordenave (2004) e Demo (1999), que referem a participação como a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade. A metodologia utilizada está baseada na abordagem qualitativa do tipo estudo de caso instrumental (STAKE, 1994). Para a coleta de dados, utilizei a análise documental (atas do período em estudo 2000-2009) e entrevista individual. Estas etapas foram contempladas no macro projeto denominado “A trajetória dos Conselhos Municipais de Políticas Públicas no Município de Chapecó/SC: Uma Abordagem Histórica”. Na sua ampliação, foram incluídos a observação (reuniões do CMS) e o grupo focal. A análise documental possibilitou identificar os conselheiros considerados ativos na participação. Quantitativamente foi considerado o número de inserções de falas e qualitativamente o teor destas, buscando falas que representassem movimento e interação entre os representantes. Entre os motivos elencados para iniciar a participação no Conselho, estão o convite e a indicação. Quanto à sua permanência por mais de uma gestão, encontram-se o compromisso, o gostar, o saber, mas também a falta de opção. Entre os motivos que conduziram ao rompimento estão o de conceder a oportunidade a outras pessoas, a mudança do gestor, a indicação de outro representante pelo presidente e a falta de tempo. Na análise temática (MINAYO, 2008), foram identificadas três grandes categorias: 1) Participação como ensinar-aprender. Nesta categoria, a participação é compreendida como uma necessidade ao acesso às informações e uma oportunidade na medida em que possibilita a troca

de saberes políticos e técnicos relativos ao controle social. 2) Participação como envolvimento. Nesta categoria, está presente a importância da proposição, da discussão, do compromisso, da não omissão e da decisão. Identifiquei fragilidades em relação ao acompanhamento, à fiscalização e à avaliação. 3) Participação como poder. Esta categoria aparece sutilmente na abordagem da compreensão sobre participação, mas se constituiu fortemente a partir das dificuldades mencionadas pelos conselheiros no exercício da representação. Os resultados apontam que a participação, para além da presença física, demanda inúmeros recursos, como: conhecimento, tempo, acesso e compreensão das informações, articulação, comprometimento, descentralização do poder, entre outros. Considero que a participação no Conselho em estudo é um processo em construção que deve ser fortalecido para efetivar o exercício do controle social.

Palavras-chave: Participação Comunitária; Conselho de Saúde.

COLLISELLI, Liane. La comprensión del consejeros municipales de salud sobre la participación social y sus procesos, 2009. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgraduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 124 ps.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz.

Co-Orientadora: Dra. Maria Elisabeth Kleba.

Linha de pesquisa: Educación en Enfermería y Salud

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la comprensión que los consejeros municipales de salud de Chapecó tienen sobre la participación social en el respectivo consejo e identificar los motivos que llevan los consejeros a inserirse, seguir y/o romper con sus procesos de participación. Está sustentado teóricamente en el concepto de participación de Bordenave (1994) y Demo, (1999), que refieren participación como la intervención de las personas en los procesos dinámicos que constituyen o modifican la sociedad. La metodología utilizada está basada en el abordaje cualitativa del tipo estudio del caso instrumental (STAKE, 1994). Para la colecta de datos utilicé el análisis documental (atas del período en estudio 2000-2009) y entrevista individual, estas etapas fueran contempladas en el macro proyecto denominado “La trayectoria de los Consejos Municipales de Políticas en el Municipio de Chapecó/SC: Un abordaje Histórico”. En su ampliación, fue concluido la observación (reuniones del CMS) y el grupo focal. El análisis documental permitió identificar los consejeros activos en la participación. Cuantitativamente fue considerado el número de inserciones de hablas y cualitativamente el tenor de estas, buscando hablas que representasen movimiento e interacción entre los representantes. Entre los motivos elencados para empezar la participación en el consejo, está la invitación y la indicación. Cuanto a su permanencia por para más de una gestión, se encuentra el compromiso, el gustar, el saber más también la falta de opción. Entre los motivos que conducen al rompimiento está o de conceder la oportunidad a otras personas, el cambio del gestor, la indicación de otro representante por el presidente y a la falta de tiempo. En el análisis temática (MINAYO, 2008) fueran identificados tres grandes categorías: 1) Participación como enseñar – aprender, en esta categoría la participación es comprendida como una necesidad al acceso a las

informaciones y una oportunidad en la medida en que posibilita el cambio de saberes políticos y técnicos relativos al control social. 2) participación como involucramiento, en esta categoría está presente la importancia de la proposición, de la discusión, del compromiso, de la no omisión y de la decisión. Identifique fragilidades en relación al acompañamiento, a la fiscalización y la evaluación. 3) participación como poder, esta categoría aparece sutilmente en el abordaje de la comprensión sobre participación, mas se constituye fuertemente a partir de las dificultades mencionadas por los consejeros en el ejercicio de la representación. Los resultados apuntan, que la participación, para además de la presencia física, demanda innumerables recursos, como: conocimiento, tiempo, acceso y comprensión de las informaciones, articulaciones, comprometimiento, descentralización del poder, entre otros. Consideramos que la participación en el consejo en estudio es un proceso en construcción que debe ser fortalecido para efectivizar el ejercicio del control social.

Palabras Claves: Participación Comunitaria; Consejos de Salud.

COLLISELLI, Liane. The comprehension by municipal health counselors about the social participation and their processes.

2009. Dissertation (Master in Nursing) – Post-Graduation Course in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 124 ps.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz..

Co-Orientadora: Dra. Maria Elisabeth Kleba da Silva.

Linha de pesquisa: Education in Nursing and Health

ABSTRAT

This study aims to analyze the comprehension expressed by the Chapecó's municipal health counselors about the social participation on this respective Council and also to identify the reasons that make them taking part into the council, keep participating and/or break their participation process. It is theoretically supported through the participation concept by Bordenave (1994) and Demo (1999), that refers to people involvement in dynamic processes that compose or change society. The methodology used is based on a qualitative approach with an instrumental case study type (STAKE, 1994). In order to collect the necessary data, I used a documental analysis (protocol from the study period 2000-2009) and individual interviews, these steps have been incorporated into the macro project "A trajetória dos Conselhos Municipais de Políticas Públicas no Município de Chapecó/SC: Uma Abordagem Histórica". In its extension, it has been included the observation (meeting at CMS) and focus group. The documental analysis has enable the identification of the counselors considered to be active at the participation. Quantitatively, the number of speech insertions have been considered, and, qualitatively, their content quality, searching for speeches that could represent movement and interaction between representatives. Among all the reasons listed to start the participation at the Council, it is possible to highlight the invitation and nomination. Regarding one's stay for more than one management, it possible to find the commitment, the love,

the knowledge but the lack of options too. Among the reasons that might lead disruption are providing the opportunity to other people, manager changing, another representative's indication done by the president and the lack of time. In thematic analysis (MINAYO, 2008) three big categories have been identified: 1) Participation as teaching-learning. In this category, participation is understood as been necessary to the information access and an opportunity as it provides the politics and technical knowledge exchange regarding social control. 2) Participation as involvement. In this category, the importance of proposition, discussion, commitment, non-omission and decision are present. It was possible to identify weaknesses regarding monitoring, supervision and evaluation. 3) Participation as power. This category appears subtly in the comprehension approach about participation, but it has heavily been constituted by the difficulties pointed by the counselors in the course of representation. The results point out that participation demands much more than only physical presence, it requires uncountable resources, such as: knowledge, time, information access and comprehension, coordination, commitment, power decentralization, among others. It is believed that the participation at the Council studied is a process in construction and that must be strengthened in order to give effect to social control's exercise.

Key-words: Consumer Participation; Health Councils.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: NÚMERO DE ATAS ANALISADAS NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE MAIO DE 2000 A ABRIL DE 2009. FLORIANÓPOLIS, OUTUBRO DE 2009. 61

QUADRO 2: CONSELHEIROS TITULARES ATIVOS SELECIONADOS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL. FLORIANÓPOLIS, OUTUBRO DE 2009. 68

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA	21
2. REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE.....	29
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO PÚBLICA	29
2.2 CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL	32
2.2.1 UM OLHAR PANORÂMICO SOBRE OS CONSELHOS NO BRASIL	32
2.2.2 PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE	36
2.2.3 INDICAÇÃO DOS CONSELHEIROS	37
2.2.4 REPRESENTAÇÃO	38
2.2.5 A CONSTRUÇÃO DA AGENDA-PAUTA DAS REUNIÕES.....	40
2.2.6 A PARTICIPAÇÃO	41
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	45
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	55
4.1 ESTUDO DE CASO	55
4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO	56
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	58
4.4 COLETA DE DADOS.....	59
4.4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	60
4.4.2 ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	61
4.4.3 OBSERVAÇÃO.....	62
4.4.4 GRUPO FOCAL	62
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	64
4.6 QUESTÕES ÉTICAS	65
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	67
5.2 O PERFIL DOS CONSELHEIROS	69
5.3 O QUE MOVE A INSERÇÃO DO REPRESENTANTE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	72
5.4 O QUE MOVE O PERMANECER NA REPRESENTAÇÃO	74
5.4.1 O COMPROMISSO.....	75
5.4.2 O GOSTAR	76
5.4.3 O SABER.....	76
5.4.4 A FALTA DE OPÇÃO	77
5.5 O QUE CONDUZ AO ROMPIMENTO	78

5.6 A PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	80
5.6.1 A PARTICIPAÇÃO COMO UMA POSSIBILIDADE DE APRENDER- ENSINAR.....	80
5.6.2 PARTICIPAÇÃO COMO ENVOLVIMENTO.....	85
5.6.3 PARTICIPAÇÃO COMO PODER.....	90
5.6.4 PARTICIPAÇÃO: O SER CONSELHEIRO.....	95
6 CONSIDERAÇÕES.....	101
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	113
ANEXOS.....	121

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A participação comunitária na gestão das políticas públicas de saúde no Brasil tem sido tema de discussão em todos os níveis de governo. Ela está garantida na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988, p. 03), no artigo primeiro, em seu parágrafo único: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”. Já a participação da comunidade na saúde está contemplada no Art. 194, inciso VII.

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social (saúde, previdência e assistência social) com base nos seguintes objetivos: [...] VII Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988, p. 88-89).

Esta afirmação se confirma no Art. 198, quando a participação da comunidade é colocada entre as três diretrizes da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), em pé de igualdade com a descentralização e o atendimento integral. A participação na gestão do SUS se legitima a partir da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) N° 8.142/90, criando as duas instâncias colegiadas, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Os preceitos legais da participação comunitária nos Conselhos e Conferências estão garantidos, porém, muito ainda se questiona como de fato essa participação é vivenciada – colocada em prática pelos seus representantes. O que se entende por participação, como se participa, e quanto se participa, uma vez que, participar vai para além de estar presente. Participar é fazer parte, é garantir esta parte, envolvendo-se enquanto protagonista nas decisões da política pública na área da saúde. Segundo Carvalho (2007, p. 45), participar é, “ver o mundo com o ‘olho de dono’. A ideia de sócio-proprietário em co-propriedade com os outros seres e os outros ‘reinos’ do mundo [...]. O olho do dono que nos impele ao engajamento de fazer a nossa parte, tomado que foi pela consciência”.

O autor ainda complementa dizendo que a participação deve ocorrer “pela ação, a proposição e o controle”. A ação compreende o ato, o fazer, primando sempre a qualidade, a melhor maneira possível. A proposição requer apresentação de ideias, formulação de estratégias e deliberação. O controle, por sua vez, requer o acompanhamento, a fiscalização das ações planejadas e executadas, no caso do Conselho de Saúde, inclusive da questão econômica e financeira. Participação no Conselho, na visão do autor, “é engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos”.

Esta breve conceituação remete a refletir como seria a participação ideal. Por outro lado, leva a questionar como concretamente ela acontece. Diante desta reflexão, este estudo tem como pergunta de pesquisa: Qual a compreensão que os conselheiros municipais de saúde têm sobre participação social e sobre seus processos?

Segundo Carvalho (2007, p. 56-57), a realidade dos Conselhos de Saúde ainda apresenta inúmeras dificuldades em relação ao seu funcionamento e à sua participação. Entre eles, destaca:

Confusão do papel da participação da comunidade enfocando exclusivamente o controle e perdendo de vista a ação propositiva; [...] Conselheiros do segmento de usuários e profissionais escolhidos pelo gestor, prefeito e secretários; despreparo técnico em saúde de gestores, profissionais, prestadores e de cidadãos usuários; despreparo em técnicas relacionais e de negociação; desrespeito a decisões do Conselho; falta de reuniões; discussão nos Conselhos de apenas pequenas questões e periféricas já que as grandes não passam por lá; falta de informações gerais, de saúde, de conteúdo e de financiamento; [...] não homologação do executivo das deliberações do Conselho.

Os resultados de estudos de Presoto e Westphal (2005, p. 74) complementam esta informação, demonstrando que a maioria dos conselheiros entende a sua função como fiscalizadora “e não se sentem comprometidos com as soluções, atribuindo esta responsabilidade ao governo local”. Para esses autores, “isto se explica, talvez, pelo fato dos movimentos sociais terem começado com caráter reivindicador, fiscalizador e pouco propositivo”.

Os motivos que despertaram minha inquietação, frente a este tema, partem da reflexão descrita anteriormente e influenciada por fatores pessoais, entre eles o interesse na consolidação do SUS e a participação da enfermagem nesse processo.

Em minha trajetória profissional, vivenciei essa participação em vários momentos. Entre eles, a organização de um Conselho Local de Saúde em 1998 e a representação da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn – seção Chapecó, no Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, nos anos de 2002 e 2003. Esta vivência possibilitou-me perceber as dificuldades que permeiam o atuar efetivo do conselheiro. Percebi o quanto estava limitada para exercer essa função, considerando as competências que são atribuídas aos conselheiros. Constatei o quanto é difícil ser conselheiro municipal de saúde, considerando, por um lado, que na grande maioria das vezes, não existe tempo hábil para consultar os representados, e por outro, a dificuldade dos representados contribuírem de fato nas proposições e decisões. Diante desta realidade, questiono-me até onde “participar”, no significado da palavra, foi possível. Por outro lado, também percebi um significativo jogo de poder e de interesses entre os representantes no Conselho.

No ano de 2002, tornei-me integrante do grupo de pesquisa em Políticas Públicas e Participação Social da Unochapecó, onde permaneço até hoje. A participação nesse grupo me oportunizou estudos, reflexões e a realização de pesquisas nessa área, que ampliaram significativamente meus conhecimentos em relação ao tema, bem como desencadearam inquietações frente aos resultados encontrados. Entre esses, evidenciam-se as fragilidades em relação ao desempenho da função do conselheiro, quando apontam com ênfase o grande número de atribuições, especialmente voltadas à aprovação, autorização e fiscalização de ações deliberadas no Conselho (KLEBA et al, 2007). Dificuldade essa que parece estar diretamente relacionada à participação. Resultados semelhantes também foram registrados nas avaliações finais da capacitação de conselheiros municipais e gestores em políticas públicas em Chapecó e Região, em que os participantes manifestaram o desejo e a necessidade de aperfeiçoamento contínuo, na perspectiva de desempenhar melhor a sua função na gestão das políticas públicas (KLEBA et al, 2007).

Este envolvimento contínuo com a temática da participação social me instigou e motivou a aprofundar os conhecimentos sobre a realidade da participação no município de Chapecó, cujos resultados poderão subsidiar as reflexões e auxiliar na proposição de ações

desencadeadoras do fortalecimento e qualificação da participação cidadã nos espaços do poder local. Nesse sentido, Carvalho (2007, p. 21) refere que “a participação da comunidade na saúde, preceito constitucional, precisa ser proposta, estimulada e garantida por todos nós cidadãos. Ela é um direito do cidadão pleno, portador de direitos. É extremamente necessário cultivá-la nas questões que dizem respeito ao direito à vida e à saúde”. Complementando, Teixeira (2001, p. 24) avalia que, por um lado, as ações coletivas vêm se desenvolvendo cada vez mais, por outro, “crescem também a apatia, a indiferença por qualquer questão de interesse coletivo, seja pelas muitas oportunidades de desfrute material para uns, seja porque, para outros, a luta pela sobrevivência exaure todas as energias”.

Em relação à enfermagem, considero necessário ampliar e qualificar os conhecimentos sobre a participação comunitária a partir da formação, bem como inserir os acadêmicos nos espaços institucionalizados da participação (Conselho e Conferência de Saúde). Pondero, a partir da vivência profissional, que a grande maioria dos estudantes do curso de enfermagem não apresentam uma história participativa pessoal para além dos micro espaços (família, escola). Considero, ainda, que o exercício da cidadania vai além das formas institucionalizadas de participação social, portanto, cabe-nos, como profissionais na área da saúde e da educação, estimular na sociedade a criatividade e o espírito inovador na conquista e consolidação de espaços de participação. Nesse sentido, concordo com Carvalho (2007, p. 191), que “a chave das mudanças na saúde são os trabalhadores de saúde. A ação educativa é o único caminho de integrá-los, potencializando e aprofundando sua atuação na sociedade”.

Mundialmente há uma longa e marcante trajetória histórica da democracia participativa. Segundo Teixeira (2001, p.24), ações coletivas de diferentes tipos, formas e objetivos vêm se desenvolvendo em várias partes do mundo, decorrentes da falta de respostas do estado frente às demandas da sociedade. Dessa forma, constituiu-se nos anos 70/80 em muitos países da Europa e América Latina, “uma sociedade civil formada por uma rede de associações, movimentos, grupos e instituições, que articulada com setores liberais e lideranças empresariais, participa ativamente do processo de redemocratização desses países”.

Essa democracia, segundo Wendhausen (2002), significa a participação de representantes da sociedade nas deliberações coletivas destinadas ao controle social. No Brasil, esta trajetória na gestão pública fica mais evidente na década de 80, em especial na área da saúde a partir

do Movimento da Reforma Sanitária. Neste período, a estrutura do governo encontrava-se significativamente setorializada, e, em consequência, existiam inúmeras insatisfações, principalmente no que se refere à capacidade das organizações sociais em dar respostas às demandas sociais e aos problemas complexos existentes. Essas insatisfações não se restringiam apenas em nível de Brasil. Dessa forma, realizou-se em Ottawa, no ano de 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Naquela ocasião, foram enumerados pré-requisitos envolvendo a garantia de condições básicas e recursos fundamentais indispensáveis, quando se tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população assistida, entre eles: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Naquele período no Brasil, tiveram início inúmeras lutas pela redemocratização do país. Ampliaram-se as organizações populares e despontaram novos atores sociais, desencadeando um movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado (BRASIL, 2002a). Destaca-se, o movimento da Reforma Sanitária que envolveu inúmeras lideranças da sociedade em uma luta pelo “reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade de atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania” (BRASIL, 2002a, p. 13).

Na sequência, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reuniu um número significativo de representantes sociais de todo o país, representação esta que legitimou os princípios doutrinários do movimento da Reforma Sanitária, os quais foram incorporados no texto constitucional de 1988. Assim, a partir da Constituição de 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual preconiza a descentralização e a integração das três esferas de governo, legitimado a partir da regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90).

A Lei Nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, garante a participação da sociedade na gestão das políticas públicas no Brasil, desde o âmbito municipal até o federal. Constituem-se, assim, os Conselhos de Saúde que reúnem representantes da sociedade civil, do poder público e trabalhadores de saúde. Os Conselhos se consolidam, a partir de então, como forma inovadora de participação social na gestão das políticas públicas, espaço este caracterizado como apropriado para o exercício de uma cidadania ativa.

Esta mudança ampliou não apenas o poder da sociedade civil organizada, mas também a sua responsabilidade, considerando que dos representantes é requerida a capacidade de compreensão, reflexão, análise, proposição e articulação na defesa de interesses ou pontos de vista. Isto se evidencia na Resolução 333, do Conselho Nacional de Saúde de 11/2003, que torna os Conselhos de saúde uma “instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p. 4-5).

Ao refletir sobre a questão do poder nos Conselhos, Wendhausen (2002, p. 40) pontua que “a efetivação do controle social, numa ótica popular, depende da relação de forças, ou seja, de como os diversos segmentos sociais exercem o seu poder.” Neste sentido, Pontual (2003, p. 12) questiona, “qual o peso que até mesmo os governos democráticos têm dado efetivamente à questão dos Conselhos, enquanto instrumentos efetivos de compartilhamento de poder?”.

Para que o Conselho possa efetivamente exercer o poder que lhe é atribuído, é fundamental que os conselheiros estejam informados e fortalecidos individual e coletivamente, para participar e intervir de forma responsável. Também devem ter a capacidade de superar conflitos e chegar a consensos, considerando os interesses ou as necessidades da população. Participação esta, segundo Pontual (2003), que compreende múltiplas ações que os diferentes segmentos ou grupos sociais desenvolvem para influenciar na elaboração, execução, fiscalização e avaliação da gestão das políticas públicas.

Em relação à participação nos Conselhos, Kleba (2005, p. 210-211) aponta que a participação,

é uma conquista que não objetiva nem a dissolução nem a superação do poder, mas a conformação de uma outra forma de poder, ou seja, um poder de parceria, de decidir juntos, em vez do poder de domínio de um grupo sobre o outro. [...] a participação torna-se, assim, um exercício democrático, em que os processos de negociação requerem habilidade para enfrentar conflitos e chegar a consensos e compromissos mútuos.

Kleba (2005) considera, ainda, que a participação cidadã requer o sentimento de pertencimento, o desejo de contribuir de forma responsável para o processo de desenvolvimento político e social. Neste sentido, Wendhausen (2002, p. 41) refere a prática do controle social “como a possibilidade de democratização das relações na área da saúde, tornando possível um diálogo entre desejos da população e metas governamentais”.

Segundo o cadastro do Conselho Nacional de Saúde, realizado em 2005, o número de Conselhos municipais de saúde no Brasil era de 5.091, representando 91,07% dos municípios brasileiros (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005). Esses dados representam um número significativo, no entanto, o Conselho Nacional de Saúde reconhece que ainda existem inúmeros desafios para os gestores e conselheiros de saúde concretizarem os pressupostos da gestão participativa (BRASIL, 2002a).

Desafios esses que requerem uma participação diferenciada, uma participação cidadã, onde os “seres humanos trocam seu papel de público pelo papel de ator, de sujeito, de parceiro, engajando-se nas discussões fundamentais para suas vidas” (KLEBA, 2005, p. 200).

Nesse sentido, a qualidade da participação se eleva, quando as pessoas aprendem,

a conhecer a realidade; a refletir; a superar contradições reais ou aparentes; a identificar premissas subjacentes; a antecipar consequências; a entender novos significados das palavras; a distinguir efeitos de causas, observações de inferências e fatos de julgamentos. A qualidade da participação aumenta também, quando as pessoas aprendem a manejar conflitos; clarificar sentimentos e comportamentos; tolerar divergências; respeitar opiniões; adiar gratificações (BORDENAVE, 1994, p. 72-73).

Para Bordenave (1994), a participação é uma vivência coletiva e não individual, na qual somente se aprende a participar, participando. Participação essa que, segundo Demo (1999), é influenciada pela cultura, a qual poderá ativar as potencialidades de uma comunidade e a sua capacidade de interagir com as circunstâncias externas, representando um componente essencial para o sentimento de pertencer a um grupo e a participar de um projeto de vida, de modo a salientar a

parceria entre a cultura comunitária e a participação. No contexto deste estudo, participar compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas.

Diante do exposto, está evidente que ainda precisamos avançar nesta prática profissional, considerando a importância e a necessidade de uma participação social qualificada e comprometida na gestão das políticas públicas na área da saúde.

Neste contexto, esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar a compreensão que os conselheiros municipais de saúde de Chapecó têm sobre a participação social no respectivo Conselho. E como objetivos específicos: a) Identificar o perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde; b) analisar os processos de participação dos Conselheiros Municipais de Saúde. c) analisar os motivos que levam os conselheiros a se inserir, continuar e/ou romper com seus processos de participação.

Na seqüência, abordarei a trajetória desta pesquisa, contemplando as referências contextuais sobre a participação social na saúde, a fundamentação teórica, os aspectos metodológicos, a apresentação e discussão dos resultados e as considerações.

2 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Na revisão contextual, realizei uma incursão bibliográfica sobre a participação social, abordando inicialmente antecedentes históricos relativos à participação social. Na sequência, apresento dados sobre os Conselhos municipais de saúde a partir do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde realizado pelo Conselho Nacional de Saúde. Após, apresento os principais conhecimentos sobre a participação social em Conselhos Municipais de Saúde produzidos a partir da instituição da Lei Nº 8.142/90.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO PÚBLICA

É por meio da promulgação da Constituição Federal em 1988, que a perspectiva de democracia representativa e participativa passa a incorporar a gestão das políticas públicas no Brasil. É nesse contexto que os Conselhos Municipais se configuram em espaços públicos de participação e articulação entre governo e sociedade, ante a responsabilização partilhada na gestão das políticas públicas, que passa a requerer dos sujeitos envolvidos um “fazer parte efetivo” no desencadear do processo de desenvolvimento político e social.

Em relação à origem dos Conselhos de políticas públicas, Teixeira (2000) direciona três diferentes situações. Na primeira, os Conselhos iniciaram-se a partir dos movimentos populares revolucionários organizados, significando uma representação alternativa de poder. Nessa situação encontram-se algumas experiências históricas como a Revolução Francesa (1789), os Conselhos da Comuna de Paris (1871), entre outros. Outra situação são as instâncias de poder lideradas por trabalhadores organizados em assembleias operárias representativas, os quais delegavam representantes operários em seções de fábrica que superassem a exigência sindical e que lutassem por um poder efetivo enquanto produtores econômicos e políticos. Já na terceira situação, os Conselhos surgem como organizações neo-corporativistas, principalmente nos países desenvolvidos, objetivando negociar grupos de interesses e reduzir conflitos distributivos. Teixeira conclui que os Conselhos surgem em momentos de crise institucionais e

revolucionários e de legitimidade insuficiente das organizações sindicais (TEIXEIRA, 2000).

Na década de 70, as agências internacionais preconizavam que os países em desenvolvimento promovessem a autossustentação e a participação comunitária, vistas como meio para garantir o desenvolvimento (CORTES, 1998).

Wendhausen (2002) ressalta que a Declaração dos Cuidados Primários de Saúde, promulgada na Conferência de Alma Ata em 1978, contribuiu significativamente para as políticas que promoviam a participação popular. Segundo a Declaração de Alma Ata (OPS, 1978), os cuidados primários de saúde envolvem todas as ações essenciais à saúde da população, baseadas em métodos cientificamente fundamentados e socialmente aceitos, colocadas ao alcance universal de toda a população mediante a sua plena participação, requerendo e promovendo a autoconfiança participatória.

Já na década de 80, a presença popular fortaleceu-se ainda mais com a ascensão dos sindicatos, grupos feministas e demais organizações. Durante as décadas de 70 e 80, do século XX o Movimento da Reforma Sanitária reivindicou, entre outras mudanças, a participação popular no sistema de saúde. Teixeira (2000), Wendhausen (2002) e Gerschman (2004) identificam a plenitude do movimento sanitário a partir de três pilares: o movimento popular em saúde, representado pelos movimentos sindicais e partidários; o movimento médico e o movimento de intelectuais na área da saúde, representados pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e pela ABRASCO (Associação Brasileira de Pós – Graduação em Saúde Coletiva).

Segundo Gerschman (2004), os movimentos reformistas surgiram nas periferias urbanas, principalmente de metrópoles, expandindo-se pelo país no processo de transição à democracia, caracterizados pela forma reivindicativa e de oposição ao regime militar, tornando a liberdade política o ponto de partida da mobilização social. Esta favoreceu a hegemonia das práticas de saúde comunitária, tornando ainda maior esse espaço de luta pela democracia.

Para Minayo (2001), o movimento sanitário expandiu-se, propondo teorias e implementando práticas que superassem a política pública de saúde comandada pelo modelo excludente e ineficiente do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste sentido, Gohn (2001, p. 77) considera que os Conselhos populares de saúde inicialmente concentraram as suas reivindicações na área do saneamento, relativo à ausência de infraestrutura urbana como a água e

o esgoto. Também pontua que, “apesar da representatividade dos Conselhos de saúde, eles eram desprovidos de autonomia na gestão dos seus recursos e não tinham poder deliberativo, dificultando o desempenho de uma de suas tarefas básicas e elementares: a fiscalização”.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que reuniu mais de cinco mil participantes de diferentes segmentos da sociedade, consolidou-se a proposta de um Sistema Único de Saúde. Seus princípios de universalidade, igualdade, participação social, integralidade e descentralização traduzem mudanças radicais nas concepções e nas práticas da assistência à saúde.

Naquele momento histórico, a principal estratégia para garantir a descentralização e a municipalização da saúde foi o reconhecimento formal da necessidade de um exercício de controle social sobre as ações e políticas de saúde. O primeiro ato legal que promoveu o controle social foi a Constituição Federal de 1988.

Em 1990, a Lei 8.080/90, sancionada pelo presidente Fernando Collor de Mello, previa concretamente a participação da população na política do SUS através da formação dos Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis, federal, estadual e municipal. Porém, como afirma Wendhausen (2002, p. 117), “o então presidente vetou todos os artigos que se referem à instituição da participação popular”. Com a pressão da Plenária Nacional de Saúde, entretanto, instituiu-se no mesmo ano a Lei 8.142/90 que, “finalmente dispõe sobre a realização obrigatória das Conferências de Saúde nos níveis federal, estadual e municipal e sobre a criação dos Conselhos de Saúde nestas mesmas instâncias”. A partir de 1991, após a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, foram constituídos Conselhos Municipais de Saúde na grande maioria dos municípios brasileiros, sendo estes um pré-requisito obrigatório à municipalização, fazendo parte do sistema de decisões das políticas locais de acordo com a legislação do SUS.

Dessa forma, os espaços de gestão participativa, Conselhos e Conferências se consolidam, como forma inovadora de participação social na gestão das políticas públicas, espaço esse caracterizado como apropriado para o exercício de uma cidadania ativa. Nesse sentido, O’Dwyer e Moysés (1998, p. 26) consideram que o processo de implantação dos conselhos no interior do SUS desencadeou,

um processo pedagógico de construção, desconstrução e reconstrução de práticas de

participação social e controle do Estado, onde os diferentes atores envolvidos [...] revêm suas práticas, valores e certezas ao mesmo tempo em que dão corpo aos sistemas locais e Nacional de saúde.

Para Kleba (2005), esse processo evidencia condições favoráveis à construção social da cidadania e favorece o surgimento de novos atores sociais capazes de exercer influência na gestão e produção de políticas e ações em saúde. Nesta perspectiva, considera-se a necessidade de um processo educativo contínuo, uma vez que exige dos cidadãos maior conhecimento e informações que os habilitem a exercer um papel decisório. Em síntese, essa conquista gerou mudanças e ampliou o poder e a responsabilidade da sociedade civil organizada, requerendo dos seus representantes capacidade de compreensão, reflexão, análise, proposição e articulação na defesa de interesses ou pontos de vista da sociedade, requisito esse necessário para o exercício do poder que lhes é atribuído.

2.2 CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Nas referências contextuais sobre os Conselhos de Saúde no Brasil, abordarei, inicialmente, os resultados do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde – CNCS, realizado pelo Conselho Nacional de Saúde nos anos de 2007 e 2008. Estes dados demonstram o panorama nacional dos Conselhos. Na sequência, apresento resultados de estudos realizados em Conselhos de saúde, obtidos a partir da literatura disponível, contemplando questões relacionadas ao perfil dos conselheiros e à dinâmica de participação.

2.2.1 UM OLHAR PANORÂMICO SOBRE OS CONSELHOS NO BRASIL

Considerando que o Conselho de Saúde no Brasil, segundo a Resolução 333/03, é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS Nas três esferas do governo e tem, entre suas competências, estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, o Conselho Nacional de Saúde instituiu em 2005 o Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde – CNCS. Esse cadastro foi sugerido no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de definir

estratégias para a “elaboração e implementação de políticas articuladas de comunicação e informação na perspectiva de dar maior visibilidade às diretrizes do Sistema Único de Saúde [...]. A intenção é socializar a informação de forma a ampliar a participação e o controle social” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Segundo dados do CNCS (Conselho Nacional de Saúde, 2009), nos anos de 2007 e 2008, foram preenchidos 5.581 formulários, provenientes dos 5.554 municípios, 27 estados brasileiros, constituídos por 151.210 conselheiros, representando os segmentos dos usuários, prestadores e profissionais.

Esses dados demonstram que 89% dos Conselhos se referem adequados à Resolução 333/03. Quanto à sua criação, 86,41% foram criados a partir de Lei, coerentes com a Resolução 333/03, a qual determina que a criação dos Conselhos de Saúde seja estabelecida por Lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90, enquanto 8,90% foram criados por Decreto, e 4,72% por Portaria. Ao analisar os dados relacionados à criação e à adequação da Resolução 333/03, observei uma incoerência entre os que referem estar adequados à Resolução 333/03 em relação à forma de criação do Conselho, uma vez que existe uma diferença de 2,59% entre o real e o legal. Dado este que leva a refletir sobre o desconhecimento dos gestores em relação ao modo legal da criação do Conselho que, de acordo com a Resolução 333/03, deve ser por Lei municipal.

Em relação à existência de comissões no Conselho, apenas 47,57% dos municípios responderam esta questão; destes, 74,57% informam que não existe comissão. Evidenciou-se que menos da metade dos municípios responderam a esta questão, e que, em apenas um terço destes, as comissões existem, ainda assim, a existência não garante necessariamente que as comissões sejam operantes. Nesse sentido, a Resolução 333/03 propõe que o Conselho de Saúde,

exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

Quanto à periodicidade das reuniões, 84,01% ocorrem mensalmente, 9,34% bimestralmente, 1,04% quinzenalmente, 0,55% semestralmente e 0,24% semanalmente. Esses dados são relevantes, demonstram que alguns Conselhos não têm uma periodicidade de realização de reuniões ordinárias dos Conselhos, conforme previsto na Resolução 333/03, onde o “Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário”. Este dado pode refletir que alguns Conselhos apresentam dificuldades para o exercício do seu papel político, ou seja, atuar na proposição, acompanhamento, deliberação e fiscalização de políticas na área da saúde.

Em relação ao processo de escolha da presidência, os dados evidenciam que 71,6% realizam eleições, no entanto, 58,95% não possuem mesa diretora. Este dado demonstra que existe uma lacuna entre a realidade pesquisada e o que está preconizado na legislação, considerando que o Conselho de Saúde deverá constituir “uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador” (RESOLUÇÃO 333, 2003).

No que diz respeito ao exercício da presidência do Conselho, 55,13% é representado pelo sexo masculino. Quanto ao segmento a que o presidente pertence, 59,6% é o gestor, 17,35% o usuário, 17,23% o trabalhador da saúde e 5,83 prestador de serviço. Evidencia-se, nesse dado, uma tendência masculina na formação, presidida na maioria pelo gestor/secretário da saúde do município.

Em relação à capacitação de conselheiros, 53,18% responderam que não realizam. Considerando que a participação da sociedade civil nos Conselhos gestores é recente, o período de gestão preconizado é em média de dois anos, e que a temática da saúde é complexa, entende-se que a capacitação dos conselheiros deva ter caráter permanente, uma vez que está contemplado na competência XXII do Conselho.

Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão no conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento (RESOLUÇÃO 333, 2003).

No que se refere aos temas abordados nas reuniões, apenas 24,18 % dos municípios responderam, e os 30 temas mais mencionados foram: Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde; Orçamento, Financiamento e Prestação de Contas; Relatórios de Gestão; Conferências de Saúde; Capacitação de Conselheiros; Reformulação, Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde; Convênios; Avaliação de Políticas e Programas de Saúde; Avaliação do Atendimento à População; Contratação dos Profissionais de Saúde; Construção das Unidades de Saúde; Política de Comunicação e Informação em Saúde; Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; Programa de Saúde da Mulher; Programa de Saúde Mental; Programa de Saúde Bucal; Programa de DST's AIDS; Programa de Saúde do Trabalhador; Programa de Saúde da Família; Política de Assistência Farmacêutica; Aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos; Plano de Cargos, Carreiras e Salários; Atendimentos de Média Complexidade; Denúncias; Fiscalização; Tratamento Fora do Domicílio; Campanhas de Vacinação; Controle de Endemias; Informes da Secretaria de Saúde; outros.

Chama atenção nesta questão, o pequeno percentual de municípios que responderam a esta pergunta, conduzindo a uma reflexão sobre a possibilidade de existir uma relação entre a periodicidade das reuniões, os temas contemplados nas agendas, e a participação efetiva dos Conselheiros. Informações estas, que podem não estar coerentes com as competências atribuídas ao Conselho Municipal de Saúde, e dessa forma deixam de ser publicizadas.

Quanto à estrutura física, 88,36% não possui sede própria. Esta informação demonstra a fragilidade que os municípios apresentam em relação ao espaço destinado para o Conselho, bem como podem revelar o nível de importância a ele atribuído. Quando associado à disponibilidade de recursos pessoais e materiais destinados para o funcionamento dos Conselhos, os dados também têm evidenciado limites e possibilidades que podem contribuir na efetividade dos Conselhos, entre eles destaque: presença de secretaria executiva em 37,13% dos municípios; dotação orçamentária própria em 16,49%; computadores em 69,93%; acesso à internet em 73,31%; impressora em 28,05%; *data show* em 6,58% e tela de projeção em 5,28% dos municípios. Nesse sentido, a Resolução 333/03 preconiza que os governos, nos três níveis, “garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretária executiva e estrutura administrativa”. De forma geral, considero necessário um avanço significativo na maioria dos Conselhos

Municipais de Saúde do Brasil, na perspectiva de cumprir a legislação e garantir uma participação cidadã qualificada.

2.2.2 PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Pensar em participação social remete a pensar em indivíduos cidadãos, logo, não poderia dissertar sobre participação sem referir os atores que circulam nesse cenário, ou, arenas, como alguns autores a denominam. Dessa forma, abordarei a seguir o perfil dos conselheiros estudados em pesquisas realizadas em Conselhos de Saúde.

Em estudo realizado no Estado de Santa Catarina, Wendhausen e Caponi (2002) relatam que os Conselheiros encontram-se numa faixa etária entre 30 e 50 anos com distribuição equitativa quanto à questão de gênero. O nível de escolaridade predominante é o 3º grau completo, concentrado totalmente no segmento governamental, dos representantes de serviços privados e dos profissionais de saúde, cujas profissões são predominantemente da área da saúde. No segmento dos usuários, prevalece o ensino fundamental incompleto, com exceção de um conselheiro que possui o terceiro grau, e apenas dois conselheiros são da área da saúde.

Já no estudo realizado em municípios do estado do Rio de Janeiro, Gerschman (2004, p. 1673) constatou que os conselheiros, na sua grande maioria, são do sexo masculino, com idade superior a 46 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 45% concluíram o terceiro grau, 32% o ensino médio e 23% o ensino fundamental. No que se refere à formação profissional e vínculos de trabalho, os resultados foram diversificados, com um percentual de 28% de aposentados. Quanto ao enquadramento na faixa salarial, “38% encontram-se entre quatro e oito salários mínimos, e 31% recebem mais de oito salários mínimos mensais. Representam entidades das mais variadas naturezas, de sindicatos a igrejas e associações”. A autora avalia que os Conselhos pesquisados são formados por “pessoas maduras, de classe média, relativamente capacitadas”. No entanto, considera que este perfil de conselheiros não representa os usuários do SUS, uma vez que “a composição social dos conselheiros representantes dos usuários configura uma elite na comunidade a que pertencem” (GERSCHMAN, 2004, p. 1673).

Os resultados de Labra e Figueiredo (2002) junto aos Conselhos da região metropolitana do Rio de Janeiro apresentaram os seguintes dados em relação ao perfil dos conselheiros usuários pesquisados:

quanto à questão de gênero, 60% é do sexo masculino. Este dado se aproxima do estudo realizado por Gerschman no mesmo Estado. Em relação à faixa etária, 60% estão entre 35 e 54 anos; 40 % estão empregados, 32% aposentados e 8% desempregados. No que se refere à escolaridade, 20% tem o ensino fundamental, 35% ensino médio e 43% nível universitário completo ou incompleto; 73% dos conselheiros fazem parte da direção da associação que representam no Conselho de saúde. A partir desses dados, a autora considera que os representantes são pessoas maduras, que estavam ou encontram-se no mercado de trabalho, com um elevado grau de instrução, uma vez que apenas 6,6% da população da região metropolitana acessam a universidade. Este dado reflete que, apesar do baixo nível de instrução, em geral para atuar no Conselho de saúde,

as associações escolhem pessoas que sejam mais maduras, melhor capacitadas e façam parte da cúpula dirigente da organização, de modo a terem melhor preparo para entender os assuntos tratados e participar com desenvoltura nas reuniões (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 543).

Os estudos demonstram que os Conselheiros encontram-se numa faixa etária superior a 30 anos de idade, fator este avaliado positivamente pelos pesquisadores. Já em relação à escolaridade, constatou-se um elevado percentual de Conselheiros que concluíram o nível superior. Este fator pode contribuir na qualidade da participação, no entanto, apenas um pequeno percentual da população tem acesso aos cursos de graduação, levando a refletir em que medida as classes menos favorecidas se encontram representadas de fato.

2.2.3 INDICAÇÃO DOS CONSELHEIROS

Conforme a Resolução 333/03, os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo. Já os representantes “Conselheiros” serão indicados pelos respectivos segmentos entidades da sociedade, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

Gerschman (2004, p. 1676) constatou que a escolha dos representantes no segmento dos usuários acontece, em regra, por meio

de indicação ou eleição em assembléias gerais nas sedes das associações de moradores e entidades religiosas e comunitárias, numa frequência menor (17%) nas conferências municipais de saúde e minoritariamente (5%) por meio de votação pelas diretorias das entidades à qual estão vinculadas. Já nos outros segmentos, as formas utilizadas para eleger os representantes têm pouca visibilidade. Para Kleba (2005, p. 273), embora a indicação dos representantes advenha das entidades e instituições que representam, “o gestor municipal tem influenciado na escolha das organizações que têm cadeira no Conselho, seja na definição destas, na Lei que estabelece sua criação, seja no convite a pessoas de sua confiança”. Relata que raramente eram (são) realizadas reuniões ou assembleias objetivando escolher os representantes ou debater sobre as responsabilidades e competências, o que certamente influencia na pouca articulação entre os representantes e a base representada. Presoto e Westphal (2005) relatam que a maioria dos conselheiros ingressou a partir da indicação das suas entidades de classe, desconsiderando a necessidade de eleição ou interesse pessoal em participar. Este dado, na compreensão da autora, remete a um risco de manipulação do governo municipal quando, na indicação de representantes, aspira negociações políticas. Amparados nos dados, posso inferir que os processos de escolhas dos representantes ainda não oportunizam o acesso democrático da população às instâncias de decisão e de poder, mesmo que esteja preconizado que os conselheiros devam ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares (BRASIL, 2002b).

2.2.4 REPRESENTAÇÃO

Quanto ao exercício da representação, Gerschman (2004, p. 1676) relata que existe um esvaziamento político, relacionado à ausência de partidos e movimentos atuantes no interior das comunidades populares, paralelo a uma descrença da comunidade em relação à sua atuação no Conselho, uma vez que o “exercício da representação requer organizações políticas com capacidade de vocalização e potencialidade de gerar espaços de poder”. Afirma que a garantia do círculo virtuoso da representação se efetivar é a prestação de contas e a transmissão das informações advindas das discussões realizadas no âmbito dos Conselhos às suas bases, a qual em inúmeras situações fica prejudicada. Esta realidade também pode ser constatada por Labra (2005) apud Martins et al (2008), quando relata situações inusitadas de representação

no segmento dos usuários, onde um mesmo conselheiro representa simultaneamente segmentos diferentes da sociedade (prestadores e usuários). A representação é exercida por um político (vereador), ou a indicação é feita pelo prefeito ou por entidades, agremiações desconhecidas pela comunidade.

Para Wendhausen e Caponi (2002, p. 1626), “não parece estar muito claro para os conselheiros, que no Conselho estes representam um grupo, para o qual tem obrigatoriamente prestar contas”. Esta realidade pode ser fundamentada em Bobbio que estabelece uma relação entre o princípio da representação e o caráter público, colocando a participação no Conselho na perspectiva da democracia representativa e não da democracia direta. (BOBBIO, 1992, apud WENDHAUSEN, CAPONI, 2002, p. 1626).

Presoto e Wetphal (2005) mencionam que, entre os problemas da participação, está a representatividade. Destacam que inúmeros representantes comparecem aos órgãos colegiados sem consultar as suas bases, falando em seu nome e não em nome do coletivo, do grupo que representam. Da mesma forma, poucos compartilham as decisões tomadas nas reuniões do Conselho. A autora chama atenção sobre a possibilidade de cooptação desses representantes, uma vez que são alvos fáceis de manipulação, comprometendo a legitimidade do seu papel no Conselho.

A importância da participação social tem sido ressaltada nos documentos da Política Nacional de Saúde e em suas estratégias prioritárias. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem entre seus objetivos o fortalecimento da participação social, possível a partir do processo de construção social da cidadania, facilitada pela proximidade da equipe de saúde com a comunidade.

Esta proximidade entre equipe e comunidade aponta para a emergência de atores sociais capazes de influenciar na gestão pública, como representantes legítimos da comunidade. Para Campos e Wendhausen (2007), O SUS tem redesenhado os contornos de atenção básica no País, propondo, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) a participação da comunidade, na identificação das causas dos problemas, na definição das prioridades, no acompanhamento e avaliação do trabalho.

Dessa forma, as autoras, acreditam que a ESF tem o potencial de estimular a participação comunitária das famílias, uma vez que o modelo assistencial sugerido é o da promoção à saúde, que está fundamentado no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde, ou seja, vivenciem o

empoderamento. Neste sentido, consideram positiva a participação da comunidade nos espaços institucionalizados dos Conselhos locais ou municipais e Conferências de Saúde. Contudo, os resultados da pesquisa demonstram que a concepção de participação de integrantes da comunidade ainda está limitada, centrando-se no comparecimento em reuniões propostas pela equipe de saúde. Já os profissionais compreendem por prática de participação o ato de convidar para reuniões e a realização de grupos, atividades educativas, físicas e recreativas. Estes dados apontam que a “incorporação da participação em saúde não é uma tarefa simples, pois depende de fatores histórico-políticos e sócio-econômico-culturais, relacionados aos gestores, comunidade e trabalhadores de saúde” (CAMPOS e WENDHAUSEN, 2007, p. 278).

2.2.5 A CONSTRUÇÃO DA AGENDA-PAUTA DAS REUNIÕES

Envolver os conselheiros na discussão das temáticas abordadas nas reuniões do Conselho exige um requisito fundamental: a comunicação. Segundo Kleba et al (2007), a dimensão da comunicação é essencial para o exercício do controle social, tanto no que se refere à capacidade de interlocução dos conselheiros com a sociedade, quanto em sua capacidade de localizar e selecionar informações importantes, interpretá-las e utilizá-las, para elaborar propostas e produzir argumentações nos processos dialógicos da participação. Partindo dessa breve reflexão, contemplo, inicialmente, o processo de comunicação que envolve a elaboração da pauta e o conhecimento prévio (antes das reuniões) desta, pelos representantes e representados.

Compreendo que na elaboração da pauta, está uma oportunidade do representante inserir temas que devem ser discutidos e consensuados, usando como referência a base (entidades ou instituições e segmentos) que representa. Este espaço é reconhecido como legítimo por envolver o coletivo que o conselheiro representa. No entanto, o processo de comunicação relacionado à pauta não termina neste momento. O passo seguinte corresponde à apreciação da pauta elaborada, pelo representante e representados, em tempo hábil (antes da reunião), enviado pela secretaria executiva por meio impresso, digital ou pelo sistema on-line. É nesse momento que os representados devem tomar conhecimento dos temas, do todo, permitindo uma análise crítica reflexiva sobre os temas contemplados na pauta. Este movimento da

base deve guiar o posicionamento e a tomada de decisões do representante nas reuniões do Conselho.

Neste sentido, Wendhausen e Cardoso (2007) relatam que, no Conselho estudado, a formulação da agenda, na regra, é pré-determinada pela representação governamental, especialmente aquela ligada à secretaria de saúde, em outros momentos origina da demanda da assistência médica contratada. Raramente um assunto de pauta é proposto pelos profissionais de saúde e em menor proporção ainda pelos representantes usuários.

A autora pontua a importância do envolvimento da comunidade na construção da agenda e do debate, possibilitando, a partir da participação, inovações e redimensionamentos no planejamento das políticas de saúde, direcionadas às reais necessidades da população. O estudo realizado por Fuks e Perissinotto (2006) constatou que em relação à proposição de temas, o domínio é do gestor, na sequência o usuário, segmento ativo neste Conselho, enquanto os demais segmentos mantêm-se praticamente invisíveis. Esta invisibilidade do segmento dos profissionais assemelha-se aos resultados encontrados por Wendhausen e Cardoso (2007, p. 581) onde,

Os serviços privados, embora aparentemente não apresentassem demandas, havia indicativos de que exerciam uma grande influência na agenda e decisões, porém isto se dava no âmbito privado e não se tornava público. O segmento dos profissionais de saúde e usuários bem pouco interferiam, tanto na agenda como nas decisões. Agiam frequentemente de modo reativo frente ao que era trazido pelo segmento governamental.

Na elaboração da pauta, predominam os temas oriundos do segmento governamental, no entanto, considero relevante que os demais segmentos utilizem este espaço para apresentar propostas relativas às reais necessidades da realidade que representam.

2.2.6 A PARTICIPAÇÃO

Participar ativamente no Conselho Municipal de Saúde requer dos Conselheiros inúmeras habilidades, entre elas podemos citar: o

processo de comunicação, anteriormente referido, possuir conhecimentos relacionados aos fundamentos teóricos do Sistema Único de Saúde, da situação epidemiológica, da organização e situação real do SUS, das atividades e competências do Conselho de Saúde, da Legislação e políticas do SUS, do orçamento e financiamento. Condições estas requeridas aos Conselheiros na perspectiva da proposição, discussão, acompanhamento, tomada de decisões e fiscalização das políticas públicas da área da saúde. Nesse sentido, Fuks e Perissinotto (2006, p. 72) apontam, que a “capacidade de cada ator em atingir seus objetivos políticos está direta e proporcionalmente associada aos recursos que ele dispõe, recursos que, por sua vez, são atributos das posições sociais e institucionais em que se encontram”. Chama atenção que os recursos institucionais oportunizam ao gestor o predomínio na condução do processo decisório, enquanto as entidades do setor não governamental encontram-se, com frequência, em condições precárias. Já os segmentos dos prestadores, segundo o autor, têm uma posição mais relevante pelo fato de recorrerem ao apoio político em instâncias, como o poder legislativo e executivo, ou ainda, através da eleição de seus próprios representantes para cargos estratégicos. Considera, também, que os gestores têm à sua disposição recursos materiais e financeiros, bem como recursos humanos qualificados tecnicamente, fato este que pode inibir ou dificultar a contestação de outros segmentos. Aliado aos recursos, deve-se levar em consideração que o exercício da representação governamental faz parte da sua atividade profissional, enquanto dos demais segmentos é um engajamento voluntário. Considera, no entanto, que os recursos são condições necessárias, mas não suficientes para o exercício efetivo da participação. Menciona que devem ser levados em consideração os fatores internos e externos ao contexto nos quais os Conselhos se inserem e aponta entre outros: a existência de arenas alternativas, a interferência do governo na eleição de representantes não governamentais, a existência de valores éticos, a natureza da relação entre governo e sociedade civil e o desenho institucional do Conselho. Neste sentido, o autor se utiliza de uma afirmação de Hannah Arendt, quando diz que não basta que instituições participativas estejam à disposição para que a ampliação da participação ocorra (FUKS, PERISSINOTTO, 2006, p. 79).

Para Presoto e Westphal (2005), o fato das funções do Conselho estarem explícitas em Leis e Regimentos, não garante necessariamente o entendimento dos conselheiros. Esses autores constataram, em seu estudo, que a maioria dos conselheiros entende ser função do Conselho fiscalizar e não se sentem comprometidos com as soluções, a

proposição, a discussão, o acompanhamento e a avaliação, atribuindo estas responsabilidades ao gestor municipal.

Gerschman (2004, p. 1674) relata que o papel político dos conselheiros usuários não é percebido de maneira consensual entre eles, prevalecendo a função fiscalizadora e na sequência a elaboração da política de saúde. Chama atenção o fato de não fazerem nenhuma menção ao processo decisório desempenhado por eles, por ocasião das deliberações sobre as propostas originadas pelos gestores das três instâncias de governo. Segundo a autora, alguns representantes desse segmento “acreditam que seu papel e sua atuação servem para legitimar decisões tomadas *a priori* pelo governo”, evidenciando uma baixa capacidade de influenciar nas decisões. Este dado pode estar relacionado com a compreensão que os conselheiros têm sobre o significado de “controle social” que está confuso. Alguns o compreendem como a capacidade que a sociedade tem para interferir na gestão pública, outros como o controle que o Estado exerce sobre a sociedade.

Em relação ao processo decisório, as deliberações, ainda que centrais à orientação do SUS, fogem a uma capacitação adequada dos conselheiros usuários. Uma vez que “não possuem nem a força política, nem a informação, nem o conhecimento especializado necessário para agir de maneira decisiva nas deliberações do Conselho”. Esse dado se confirma, quando os resultados demonstram que a tomada de decisões do Conselho não está presente em seus discursos, dificultando a efetivação do seu papel (GERSCHMAN, 2004, p. 1677).

Fuks e Perissinotto (2006) apontam o predomínio do gestor, conselheiro pertencente ao segmento governamental, em todos os momentos do processo decisório, e consideram que, embora seja minoria, controlam a iniciativa do debate. Fato este que, segundo o autor, pode ser atribuído ao cargo que o segmento governamental exerce na mesa diretora do Conselho. Mesmo assim, considera que o Conselho estudado não pode ser considerado apenas como uma arena de debate, mas de controvérsia pública, e justifica que praticamente a metade dos temas da pauta gerou debates, e outros, contestação. Frente às contestações e ao debate, o segmento que mais se manifesta é o segmento da sociedade civil. Da mesma forma, em relação ao encaminhamento de propostas, onde o segmento dos usuários é apontado como o mais organizado e ativo nas reuniões, demonstrando uma propensão ao engajamento político. Este dado se diferencia dos estudos de Presoto e Westphal (2005) e Gerschman (2004), onde se percebe os segmentos não governamentais mais passivos.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para visualizar a realidade estudada, utilizei leituras dos elementos teóricos que possibilitaram melhor entendimento. Segundo Minayo (2008, p. 176), “toda a construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas por conceitos”. Assim, os conceitos são as unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. São um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação. Para Hickman (2000, p. 11), conceitos são palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação sobre ela. Neste sentido, Neves e Gonçalves (1984, p. 226) afirmam que o “marco teórico proporciona direção à pesquisa e fundamenta a discussão de seus resultados. Permite a integração do problema a ser investigado no amplo contexto científico, favorecendo o desenvolvimento e a organização do corpo de conhecimento”.

Neste sentido, compreendo que os conceitos apresentados na sequência, auxiliarão na compreensão do objeto a ser investigado no presente estudo.

Segundo Silva (2001), o processo de descentralização da saúde, no Brasil, trouxe novas responsabilidades, não só aos governos locais, mas também à sociedade por meio da participação da comunidade, do relacionamento e compartilhamento, do exercício de cidadania. Nesse sentido, Kleba (2005) salienta que a participação nos processos sociopolíticos pressupõe compromisso, envolvimento, presença. Requer dos indivíduos e grupos capacidade de assumir sua condição de sujeito, onde o Estado seja visto como um instrumento de promoção do desenvolvimento humano e social, e não como condutor e dono do processo.

O espaço do Conselho Municipal de Saúde se constitui a partir de práticas ou relações de poder. Segundo Foucault (1979, p. XXI), o poder não existe como algo unitário, global, um objeto, uma coisa, mas sim como uma prática social. Não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social, não tem limites ou fronteiras. Funciona como “uma rede de dispositivos ou mecanismos específicos a quem nada ou ninguém escapa” logo, é algo que se exerce, que se executa, que funciona. O autor se refere ao poder como uma máquina social, “que não está situado em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social [...], não é uma relação unívoca,

unilateral: nessa disputa ou se ganha ou se perde”. Para Foucault, quem exerce o poder é o sujeito.

Para realização desta pesquisa, utilizei como fundamento teórico conceitos centrais que permearão o presente estudo, sendo: **Conselho de Saúde, Participação, Políticas Públicas, Ser Humano, Enfermagem, Enfermeiro e Cidadania**. Estes, visam articular as ideias do referencial ao objeto a ser investigado. Considero que este conjunto de elementos conceituais proporcionará maior clareza ao percurso metodológico e auxiliará na interpretação dos resultados.

O **Conselho de Saúde** tem sua origem na Constituição Brasileira que estabelece a participação da comunidade entre os princípios da saúde. Consolidou-se a partir da Lei 8. 142/90 como,

órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90 (RESOLUÇÃO 333, 2003, p. 5).

Entre as atribuições conferidas por lei aos Conselhos de Saúde, está a de atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo” (BRASIL, 2002b, p. 9).

Dessa forma, os Conselhos atuam compartilhando suas atribuições com os gestores propriamente ditos, Secretários municipais, estaduais da Saúde (BRASIL, 2002b), constituindo-se como espaço de disputas de interesse, conflitos e aprendizado de cidadania.

Partindo do princípio de que o poder é exercido de forma compartilhada entre os gestores e o Conselho de Saúde, torna-se necessário um envolvimento significativo dos conselheiros através da participação.

Participação, segundo Bordenave (1994, p. 24), “compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade”, tendo como resultado a produção, a administração e o usufruto de bens materiais e culturais de forma equitativa. Teixeira (2001, p. 26) a define como a “relação em que atores, com os recursos disponíveis nos espaços públicos, fazem valer

seus interesses, aspirações e valores, construindo suas identidades, afirmando-se como sujeitos de direitos e obrigações”.

Segundo Bordenave (1994, p. 24), a participação é uma vivência coletiva e não individual, na qual somente se aprende a participar, participando. Participação esta que, segundo Demo (1999), é influenciada pela cultura, a qual poderá ativar as potencialidades de uma comunidade e a sua capacidade de interagir com as circunstâncias externas, representando um componente essencial para o sentimento de pertencer a um grupo e a participar de um projeto de vida, de modo a salientar a parceria entre a cultura comunitária e a participação. Dessa maneira, participar compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas, e seus serviços básicos na área social. Na opinião de Carvalho (2007, p. 22), a participação comunitária “é bem mais ampla que apenas fazer o controle social.” Ela ocorre individualmente na relação do cidadão com o SUS, ou coletivamente por meio de ações, de proposições e de controle no Conselho e na Conferência de Saúde.

Participação, conforme Bordenave (1994, p. 16), é própria do ser humano, acompanha sua evolução dos tempos primitivos até os dias atuais, está presente nas empresas, nas associações e nos partidos políticos. O autor considera, ainda, que a participação tem duas bases complementares: “uma *base afetiva* – participa porque sente prazer em fazer coisas com outros, e uma *base instrumental* – participa porque fazer coisas com outros é mais eficaz e eficiente que fazê-las sozinhos”.

Bordenave (1994, p. 22) fala da origem da palavra participação, que vem da palavra “parte”, é fazer parte, tomar parte, ter parte. Menciona, no entanto, as diferenças de significado dessas expressões. Considera duas formas de participação: *ativa*, em que o cidadão é engajado e a *passiva*, o cidadão está inerte. Refere ainda que, mesmo entre as pessoas ativas existem diferenças na qualidade de participação. O autor classifica os processos de participação em duas formas: a microparticipação, que segundo Meister, citado por Bordenave (1994, p. 24), “é uma associação voluntária de duas ou mais pessoas numa atividade comum na qual elas não pretendem unicamente tirar benefícios pessoais e imediatos”. A macroparticipação definida como “a participação macrossocial, compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade”. Participação social, esta, segundo Sátira B. Ammann, citado por Bordenave (1994, p. 25), como “processo no qual as diversas camadas

sociais têm parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente construída”.

Assim, a construção de uma sociedade participativa converte-se na utopia-força que dá sentido a todas as microparticipações. Neste sentido, a participação na família, na escola, no trabalho, no esporte, na comunidade, constituiria a aprendizagem e o caminho da participação em nível macro numa sociedade onde não existam mais setores ou pessoas marginalizadas. Aos sistemas educativos, formais e não formais, caberia desenvolver mentalidades participativas pela prática constante e refletida da participação (BORDENAVE 1994, p. 25-26).

Em relação às maneiras de participar, Bordenave (1994) destaca a participação espontânea, a voluntária, a provocada e a concedida. Ao analisar a maneira como foram instituídas as instâncias colegiadas de participação na área da saúde, os Conselhos e as Conferências, posso enquadrá-las nas duas últimas formas. Provocadas, a partir do Movimento da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional da Saúde e, concedida legalmente a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.142/90, como parte integrante do poder.

Nessa mesma lógica, percebe-se diversos mecanismos de participação social que vêm sendo implementados no Brasil, entre eles o orçamento participativo, o plebiscito, as iniciativas populares, entre outros. O autor, citado acima, chama atenção quanto à participação concedida. Segundo ele, “quando implantado por alguns organismos oficiais [...] às vezes faz parte da ideologia necessária para o exercício do projeto de direção-dominação da classe dominante. [...] de modo a criar uma ‘ilusão da participação’ política e social” (BORDENAVE, 1994, p. 29).

Complementando as reflexões anteriores, Demo (1985, p. 151) chama atenção dizendo que “a participação é também uma utopia, naquilo em que pode idealizar excessivamente as relações de poder”, uma vez que a “participação é uma forma alternativa de poder e não a sua eliminação”. Complementa dizendo que participar “é optar por formas mais democráticas de poder”, porém, sem ter a fantasia que todos mandam, ou de que ninguém manda. Afirma ainda que,

Participação é um lado da medalha, que tem no outro o poder. Para quem considera o poder uma questão fundamental da sociedade, a participação é a bandeira sagrada de uma luta perene, que não pode ser confundida com nenhum sistema particular. [...] participação é o oxigênio da sociedade, já que a sociedade se estiola pelo individualismo, pelo anonimato, pelo egoísmo, pela anarquia, pela fragmentação, ou pelo autoritarismo, pela exploração, pela manipulação. Ela se vivifica na participação, componente essencial da formação de uma personalidade individual e de uma sociedade satisfatória (DEMO, 1985, p. 152).

Para Bordenave (1994, p. 20), “a participação não mais consiste na recepção passiva dos benefícios da sociedade, mas na intervenção ativa na sua construção, que é feita através da tomada de decisões e das atividades sociais em todos os níveis”.

Com este referencial, participação neste trabalho é entendida como um viver e construir comunidade, a partir da proposição, do envolvimento, do questionamento, da ampliação do debate, e da tomada de decisões que focalizam as necessidades do conjunto da sociedade.

Esta participação no Conselho se reflete a partir da proposição e implementação de políticas públicas que vêm ao encontro das reais necessidades da população.

Para entender o conceito de **políticas públicas**, considero relevante entender inicialmente o significado da palavra política, que segundo Silva (2001, p. 120), pode assumir diferentes sentidos, dependendo da área do conhecimento. Neste estudo optei pelo conceito proposto por Salazar-Vargas (1995) apud, Silva (2001, p. 121) que a define como “diretriz ou curso definido de ação, deliberadamente adotado e perseguido para atingir um determinado objetivo”.

Para definir políticas públicas, busquei subsídio em diferentes autores. Souza (2006), alicerçada em Mead, Peters, Dye e Laswell, a define de forma resumida como:

[...] O campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações

[...]. “A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006, p. 7).

Schmidt (2006, p. 13) pontua que a “política pública é a materialização (em lei, norma, serviço, produto) do conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores, a partir das demandas advindas da sociedade ou do interior do próprio Estado.” Este conceito vem ao encontro de Salazar-Vargas (1995) apud Silva (2001, p. 121), que denomina política pública como um “conjunto de sucessivas respostas do Estado diante de situações consideradas socialmente problemáticas”.

Em relação ao ressurgimento das políticas públicas, Souza (2006, p. 1-2) atribui a diferentes fatores. Inicialmente, cita a adoção de políticas restritivas de gasto, que dominaram a agenda de muitos países, principalmente aqueles que se encontravam em desenvolvimento. O segundo fator mencionado é que “as novas visões sobre o papel do governo substituíram as políticas keynesianas (Estado de Bem-Estar Social) do pós guerra por políticas restritivas de gastos”. “[...] O que implicou a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa, bem como restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais”. O terceiro fator está diretamente ligado aos países em desenvolvimento e de democracia recente ou recém-democratizados, em especial, os da América Latina. Segundo a autora, estes “ainda não haviam formado colisões políticas capazes de equacionar minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população”.

Desta forma, política pública é compreendida como a consolidação de decisões emanadas a partir de demandas da sociedade civil e ou do governo, homologadas em leis e normas e aplicadas através de produtos e serviços. Neste estudo, o espaço de formulação de demandas e de deliberação das políticas analisado será o Conselho Municipal de Saúde, órgão que congrega a sociedade civil e o governo.

Considerando o Conselho um espaço de inter-relações permanentes, onde a condição de participação na proposição de políticas públicas está entre as principais atribuições, o conselheiro de saúde

necessariamente deverá ser um sujeito ativo. Isto nos remete ao conceito de ser humano.

A denominação **Ser Humano** é um substantivo composto, desta maneira início pela definição do Ser e do Humano. A palavra “ser”, significa “existir, pertencer” e a palavra “humano” é definida como “relativo ao homem”, caracterizado como um ser dotado de inteligência e de linguagem articulada (HOUAISS, 2004).

Partindo dessa breve conceituação, compreendo o ser humano um “ser” capaz de agregar conhecimentos, diante da sua condição de inacabamento e da sua busca permanente do querer saber mais, com possibilidades de estabelecer uma comunicação articulada, tornando-o um ser social.

Nessa perspectiva, Freire (1993, p. 30) compreende o homem como um ser de relações, que “está no mundo e com o mundo [...]. Isto o torna um ser capaz de relacionar-se; de sair de si; de projetar-se nos outros; de transcender. [...]. Estas relações não se dão apenas com os outros, mas se dão no mundo, com o mundo e pelo mundo”.

Este vem ao encontro do conceito apresentado por Pegoraro (1999, p. 3), quando aborda o conceito dinâmico da pessoa, cujo ponto de partida é a relação, “que vai se construindo com os acontecimentos pessoais e coletivos, [...] as relações são a base da personalidade. A personalidade cresce sempre, desde o seio materno até as relações sócio-políticas da idade madura: a pessoa está sempre acontecendo”.

Compreendemos que o ser humano tem a necessidade de pertencer a determinados grupos, e que a sua tendência natural é a evolução, a ampliação do seu conhecimento que conseqüentemente refletirá nas suas ações e no seu comportamento. Considero que a formação profissional é um dos caminhos que possibilita esta ampliação do conhecimento. Diante dessa condição, a **Enfermagem** é uma profissão social,

histórico e culturalmente estruturada e institucionalizada, que tem por objetivo central o cuidado ao ser humano e que exige, portanto, um corpo de conhecimentos próprios, cientificamente sistematizados, a serem aplicados na promoção, proteção e recuperação da saúde (UNOCHAPECÓ, 2006, p. 21).

Cabe ao profissional **Enfermeiro** assumir o compromisso com a sociedade, ao percebê-lo como um profissional de saúde,

participante de uma equipe multiprofissional, que busca a transdisciplinaridade, preparado para atuar em todos os níveis do cuidado e para prestar um cuidado integral ao ser humano, devendo contribuir para o aperfeiçoamento da profissão através do ensino, da pesquisa, da prática coerente e eficaz, da participação nas entidades de Enfermagem e do exercício da cidadania (UNOCHAPECÓ, 2006, p. 21).

Fundamentada nestas reflexões, compreendo que o conceito de **Cidadania** é a condição inerente a todo ser humano, como integrante de uma sociedade legalmente constituída. Segundo Abbagnano (2007 p. 156-157): “Cidadania se resume a direitos e deveres. Ambos considerados essenciais para que alguém seja membro de uma comunidade [...] conjuga os direitos de liberdade e igualdade com os deveres de solidariedade, neste sentido o conceito está ligado ao de democracia” Demo (1999, p. 70) conceitua cidadania como a qualidade social de uma sociedade organizada onde estão presentes direitos e deveres. Os direitos, segundo o autor, “são todos aqueles imagináveis que o homem possa ter”, enquanto que os deveres são os compromissos comunitários de cooperação e co-responsabilidade. Para complementar o conceito, busquei subsídios em Herbert (2008, p. 74-75), que se utiliza do referencial de Paulo Freire e define a cidadania como:

A apropriação da realidade para nela atuar, participando conscientemente em favor da emancipação. Neste sentido, é a “condição de cidadão, com o uso dos direitos e o direito de ter deveres de cidadão.” Cidadania construída por meio de um processo de conscientização por meio da codificação, por meio da manifestação da escrita e da palavra, da cultura existente entre as pessoas envolvidas. A cidadania se manifesta pelo rompimento com o sistema repressivo desaparecendo a relação de opressor/oprimido.

Ser cidadão é participar da vida em comunidade. No contexto do CMS, a cidadania deverá ser exercida pelos conselheiros de saúde, como representantes legais da comunidade. Espera-se deles, o pensar e o agir na perspectiva do coletivo, embasados nas reais necessidades da população. Vislumbrando através das suas ações, a possibilidade de uma sociedade onde os direitos e deveres sejam de fato considerados, respeitados e exercidos.

Acredito que a articulação desses conceitos constitui o referencial necessário para analisar a participação dos conselheiros. Estes conceitos definem o ser humano conselheiro de saúde cidadão, que necessariamente deverá ser um sujeito que estabeleça relações, que saiba comunicar-se com os seus pares e com a sociedade que representa. Assim, seu papel não pode ser resumido à passividade, a uma intervenção acidental e incompleta com o mundo, mas deverá ter uma característica de inquietude frente à realidade, e a busca constante da ação transformadora.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é um subprojeto do macro projeto denominado, “A trajetória dos Conselhos Municipais de Políticas Públicas no Município de Chapecó/SC: Uma Abordagem Histórica”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó em 17/07/2007, conforme protocolo de pesquisa N° 088/2007. Está vinculado ao grupo de pesquisa de Políticas Públicas e Participação Social da Unochapecó, no qual, como pesquisadora, sou integrante e ao grupo de pesquisa Educação Saúde e Enfermagem - EDEN da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que é “caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados” (RICHARDSON, 2007, p. 90). Quanto ao delineamento, é um estudo de caso. Este envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que permite o seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2002).

4.1 ESTUDO DE CASO

O estudo de caso tem por finalidade contribuir com o conhecimento sobre fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos, permitindo uma “investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real” (YIN, 2003, p. 20).

Segundo Stake (1994), o estudo de caso pode ser classificado em intrínseco, instrumental e coletivo. O estudo de caso intrínseco se propõe aprofundar os conhecimentos sobre um único caso, considerando a sua particularidade, a sua importância. O estudo de caso instrumental tem como objetivo ampliar os conhecimentos sobre o problema, visando um interesse secundário ou enfatizar uma teoria. Já o estudo de caso coletivo é utilizado quando o interesse em um caso em particular é ainda menor, onde os pesquisadores estudam um número de casos em conjunto com o objetivo de investigar com mais detalhes um fenômeno, uma população ou condição geral (STAKE, 1994).

Para a coleta de dados, são utilizadas informações disponíveis em documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta,

observação participante, bem como filmes, fotos, vídeos, histórias de vida, entre outras (YIN, 2005). A triangulação dos dados procedentes de diferentes instrumentos reduz a possibilidade de má interpretação do caso, permitindo maior confiabilidade nos resultados (STAKE, 1994).

As características que justificam a aplicação do estudo de caso instrumental nesta pesquisa estão baseadas em Stake (1994), uma vez que o Conselho de Saúde é constituído por um pequeno grupo, envolvendo indivíduos que representam distintos segmentos da sociedade, ou seja, o segmento dos usuários do Sistema de Saúde, os prestadores de serviços (governamentais e não governamentais) e os profissionais da área da saúde. Constituem, assim, uma unidade específica, única, um sistema, cujas partes são integradas e sofrem influências do contexto físico, sociocultural, histórico, político e econômico relativos aos representantes e representados. Nesse sentido, o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó pode ser compreendido como uma unidade complexa, atuando dentro de vários contextos, tornando-se um caso singular.

O estudo de caso instrumental permite facilitar a compreensão sobre a participação dos Conselheiros no Conselho Municipal de Saúde em estudo, fornecendo informações que poderão subsidiar futuras intervenções, especialmente no que se refere à qualificação da participação e o exercício do Controle Social.

4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

Ao estudar a participação no Conselho Municipal de saúde de Chapecó, considero necessário contextualizar o espaço social e político de sua inserção. O município de Chapecó localiza-se na região oeste de Santa Catarina, aproximadamente a 600 quilômetros da capital do Estado, tendo sua emancipação político-administrativa promulgada pela Lei nº 1.147, de 25 de agosto de 1917. A palavra Chapecó tem sua origem dos indígenas kaingangues e significa “de onde se avista o caminho da roça” (CHAPECÓ, 2009).

Segundo dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), a população é de aproximadamente 165 mil habitantes. O município de Chapecó vem assumindo, no decorrer dos anos, posição de município pólo do oeste catarinense, sendo referência política, econômica e na prestação de serviços para mais de cem municípios. A partir da década de 1950, Chapecó foi se constituindo sede de algumas das principais empresas

processadoras de suínos, aves e derivados do país, atualmente base da economia regional. Outra particularidade do município e também da região oeste catarinense refere-se aos diversos movimentos sociais criados no período de 1978 a 1987, com destaque ao Movimento dos Sem Terra, Movimento das Mulheres Agricultoras e o Movimento dos Atingidos pelas Barragens do Rio Uruguai, além de movimentos de oposição sindical. A principal bandeira de luta desses movimentos era consolidar processos democráticos e de participação, ou seja, a participação dos cidadãos nas decisões e na estrutura política, econômica e social para a construção de um projeto de sociedade, onde fosse possível superar todas as formas de opressão, dominação e exploração (POLI, 2008).

Pode-se destacar, ainda, o importante papel de igrejas como a católica e a de confissão luterana no apoio a esses movimentos. Kleba (2005) relata o protagonismo da pastoral da saúde através de seus agentes de saúde e da coordenação diocesana na implementação do Sistema Único de Saúde no início da década de 1990, ator social ativo especialmente na criação e consolidação dos Conselhos de saúde nos municípios da região.

É nesse contexto que no ano de 1991 é criado o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, através da Lei municipal Nº 3.290, de 01 de julho de 1991, organizado de acordo com a Lei Nº 8.142/90 e a Resolução Nº 333, de 04 de novembro de 2003. Durante o período pesquisado, vigoraram três Leis municipais, a Lei Nº 3.290 que foi revogada no ano de 2001, quando ficou estabelecida a nova composição da estrutura de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde – CMS através da aprovação da Lei Nº 4.300, de 18 de julho de 2001, que, por sua vez, foi revogada em março de 2009, com a aprovação da Lei Nº 5.511, de 13 de março de 2009. No ano de 2003, foi homologado o Regimento Interno através do Decreto Nº 11.754, de 23 de abril de 2003. A Lei e o Regimento dispõem sobre a composição, as competências, da estrutura, organização e funcionamento do CMS.

Em relação à composição, o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó possui 56 conselheiros, 28 titulares e 28 suplentes, representando de forma paritária os diferentes segmentos: 50% representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde; 25% de Trabalhadores da Saúde, e 25% representantes do Governo e Prestadores de Serviços de Saúde.

As atribuições previstas no regimento interno do Conselho são em número de dezenove, contemplando competências relacionadas à proposição, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da

implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

O mandato estabelecido para os conselheiros é de dois anos, passível de renovação pelo mesmo período. Quanto à escolha, primeiramente as entidades e instituições entre si – às vezes em disputa – assumem as vagas de titular e de suplente representando os segmentos a que pertencem; em seguida, os membros do Conselho Municipal de Saúde são indicados pelas entidades que representam e nomeados por decreto do Chefe do Poder Executivo Municipal.

Quanto ao funcionamento, entre outros, prevê: reuniões ordinárias mensais e extraordinariamente quando necessário, com duração de duas horas. Para a realização da reunião, deverá ter presença da maioria dos membros, sendo que o *quorum* mínimo para deliberações será de 50% (cinquenta por cento) mais um de seus representantes. Na ausência de *quorum* (exigido apenas para iniciar as reuniões, não para deliberar), será aguardado por um período de 20 minutos, e se assim persistir, a reunião será suspensa. O regimento prevê que editais de convocação, com pauta da reunião, acompanhados da ata da reunião anterior, serão encaminhados com um prazo mínimo de 24 horas de antecedência, quando reunião ordinária. Em relação às faltas dos membros do Conselho, está definido que, quando ocorrerem três faltas consecutivas ou cinco intercaladas, no período de um ano, a representação será substituída, conforme prevê a Lei em vigor. O CMS de Chapecó tem sete comissões permanentes, instituídas como “órgãos assessores, imparciais e de caráter consultivo da Presidência, da Diretoria e do Plenário, nas questões fiscalizadoras e deliberativas”. a) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST; b) Comissão do Conselho Local; c) Comissão de Fiscalização; d) Comissão de Prestação de Contas; e) Comissão de Normas; f) Comissão de Relatório de Gestão; e) Comissão de Visitas (Nº LEI 5.511, 2009, p. 04).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A pesquisa tem como lócus o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó e como participantes, conselheiros titulares ativos que exerceram a representação pelo período de um ano ou mais, no período compreendido entre maio de 2000 a abril de 2009.

Neste estudo, Conselheiros titulares ativos são aqueles que apresentaram inserções de falas nas reuniões, causando movimento de debate e interação entre os diversos atores, resultando em proposições,

discussão, acompanhamento, deliberações e fiscalização de políticas públicas na área da saúde. Segundo Carvalho (2007, p. 45), o ser humano, cidadão e político, tem uma tríplice função na sociedade. Participa nela de três maneiras. “Pela ação, a proposição e o controle”. A ação está relacionada ao desempenho de uma função na sociedade, enquanto a proposição é a manifestação do pensamento, que no caso do Conselho, direciona para a formulação de estratégias com o objetivo de intervir na sociedade. A fiscalização/controle implica o acompanhamento da execução da política, função esta atribuída ao Conselho pela Lei 8.142/90, art. 1, § 2.

No que se refere às deliberações, Teixeira (2001, p. 33) “considera-as como a dimensão mais discutida em participação, uma vez que diz respeito ao seu papel na tomada de decisões, seja para negá-las ou afirmá-las”.

Para compor a amostra, foram escolhidos representantes dos três segmentos: prestadores de serviços de saúde (governamental e não governamental), profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde da atual gestão e de gestões anteriores, contemplando o período compreendido entre maio de 2000 até abril de 2009, de acordo com sua aceitação e disponibilidade.

Para direcionar a escolha dos participantes da pesquisa, utilizei as características necessárias, segundo a amostragem qualitativa apresentada por Minayo (2008, p. 197), que não segue padrões estatísticos, mas critérios como: privilegiar os sujeitos sociais que apresentam os atributos que o pesquisador pretende conhecer; o pesquisador considera o número suficiente de interlocutores para permitir certa reincidência das informações e avalia que o grupo de observação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa. A escolha dos doze participantes corresponde à primeira etapa da coleta de dados, descrita minuciosamente na análise documental apresentada no item 4.4.1.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa “A trajetória dos Conselhos Municipais de Políticas Públicas no Município de Chapecó/SC: uma abordagem histórica”, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó em 17/07/2007, conforme protocolo de pesquisa N° 088/2007. Na sua ampliação, com a inclusão da Observação e do Grupo Focal, passou por nova aprovação no Comitê de

Ética, através do projeto “A Compreensão dos Conselheiros Municipais de Saúde sobre a Participação Social”, obtendo parecer favorável em 06/04/2009, conforme protocolo de pesquisa N° 037/2009.

Segundo Minayo (2005, p. 93), os instrumentos comumente utilizados, no estudo de caso, são os documentos escritos e o material primário recolhido em campo. No entanto, considera que os idealizadores deste método “aconselham usar múltiplas fontes de informações, construir uma base de dados ao longo da investigação e ir formando uma cadeia de evidências relevantes”. Neste sentido, Yin (2005, p. 12) considera que para o estudo de caso, “várias fontes são altamente complementares, e um estudo de caso utilizará o maior número possível”, visando aumentar o conhecimento do assunto, para atender aos objetivos que se deseja alcançar. Dessa forma, o presente estudo utilizou-se de análise documental, de entrevistas individuais, da observação e do grupo focal.

A coleta dos dados ocorreu em distintos períodos: a análise documental inicial e as entrevistas individuais foram realizadas durante o ano de 2008, período em que foi executado o macro projeto. Já a observação sistemática ocorreu nos meses de abril e maio de 2009 e o grupo focal foi realizado no mês de setembro de 2009.

4.4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Segundo Yin (2005), a análise documental permite utilizar evidências de dados, fornecer detalhes específicos e fazer inferências. Apresentam-se como pontos fortes, pelo fato de serem informações estáveis, viabilizando revisão conforme necessidade, exatas, contendo nomes, referências, detalhes e por ser de ampla cobertura.

No presente estudo, a análise documental foi utilizada para definir a escolha dos participantes, e complementar as informações relativas à observação. Iniciou com a busca às atas do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, a partir do mês de maio de 2000 e finalizou-se com a ata correspondente ao mês de abril de 2009. A escolha do mês de maio de 2000 refere-se ao mês em que houve a posse de novos conselheiros, e a do mês de abril de 2009 por ser a última ata disponível até junho de 2009, mês determinado para inserção de atas para o presente estudo. Para a identificação e análise dos dados das atas, utilizei o programa Microsoft Excel. Foram analisadas 120 atas, distribuídas quantitativamente por ano, conforme quadro 1.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Número de atas	06	15	13	14	14	18	13	14	11	02	120

Quadro 1: Número de Atas analisadas no período compreendido entre maio de 2000 a abril de 2009. Florianópolis, outubro de 2009.

A partir da análise das atas, identifiquei os conselheiros considerados ativos. Para incluí-los nessa condição, busquei inicialmente o tempo, o número de gestões e de representação através da nomeação oficial dos conselheiros. Essa informação obtive a partir do banco de dados do grupo de pesquisa de Políticas Públicas e Participação Social da Unochapecó e da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó. Na sequência, quantifiquei as inserções das falas, bem como expressões qualitativas das falas, descritas no item 5.1. Para identificar as expressões qualitativas das falas, optei por identificar falas dos conselheiros selecionados a partir da análise quantitativa das expressões de fala, considerando o elevado número de atas no período. O objetivo foi identificar falas registradas em atas que contemplassem a proposição, a discussão, o acompanhamento, a deliberação, a avaliação e a fiscalização da implementação da Política de Saúde. Esse conjunto de características analisadas nos dados documentais delineou os conselheiros ativos a serem entrevistados nessa pesquisa.

4.4.2 ENTREVISTA INDIVIDUAL

A entrevista, segundo Minayo (2008, p. 190), visa “compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objetos da investigação e contém poucas questões”. Segundo a autora, o roteiro serve de guia, jamais como um obstáculo, não havendo possibilidade do pesquisador prever todas as condições de trabalho de campo. Complementando, Gil (2002, p. 90) a define “como a técnica que envolve duas pessoas numa situação ‘face a face’ e em que uma delas formula questões, e a outra responde”.

As entrevistas individuais foram realizadas durante o primeiro semestre do ano de 2008, período de realização das entrevistas do macro projeto supra mencionado, constituindo base de dados para este projeto.

Na entrevista abordei a compreensão e as vivências individuais relacionadas à participação, utilizando um roteiro que contemplava questões relacionadas ao tema.

Como recurso para coleta de dados, utilizei um roteiro guia (Anexo A). As 12 entrevistas foram realizadas em local previamente acordado com o entrevistado (residência ou local de trabalho), o tempo utilizado foi entre 40 minutos a uma hora. As entrevistas foram gravadas e o seu conteúdo foi transcrito na íntegra identificando os participantes por seqüência numérica para preservar o anonimato.

4.3.3 OBSERVAÇÃO

Segundo Richardson (2007, p. 259), “observação é o exame minucioso ou a mirada atenta sobre um fenômeno no seu todo ou em algumas de suas partes; é a captação precisa do objeto examinado”. Selltiz et al (1978), citado por Richardson (2007), referem que a observação poderá ser considerada como um método científico, à medida que é sistematicamente planejada, registrada e ligada a proposições do estudo, submetida a verificações e controles de validade e precisão.

Conforme o mesmo autor, na observação não participante, o observador atua como espectador atendo, utiliza-se de um roteiro de observação baseado nos objetivos da pesquisa, registrando as ocorrências de interesse do trabalho.

Na presente pesquisa, a observação não participante complementou a análise documental e as entrevistas individuais. Foram observadas duas reuniões do CMS realizadas em 28/04/2009 e 26/05/2009, tendo como foco a “participação” dos conselheiros da atual gestão participantes da pesquisa (Apêndice A). Nesta etapa, a forma de registro foi o diário de campo.

4.4.4 GRUPO FOCAL

O grupo focal, segundo Minayo (2008, p. 192), deve contemplar duas condições imprescindíveis: “ser suficientemente provocador para permitir um debate entusiasmado e participativo; e promover condições de aprofundamento”. A autora sugere que o pesquisador utilize como meio uma pergunta central, acompanhada de alguns itens que contribuam na condução do tema (Apêndice B).

O grupo focal foi realizado no mês de setembro de 2009, para complementar os aspectos considerados relevantes em relação ao tema

“participação” identificados nos dados coletados na análise documental, nas entrevistas e na observação.

Em relação ao convite aos participantes, Aschidamini e Saupe (2004) chamam atenção quanto ao cuidado desse momento que poderá influenciar no sucesso da investigação. Dessa forma, utilizei para o primeiro contato diferentes meios de comunicação, conforme o acesso individual dos participantes, entre eles: o telefone, o contato pessoal, o correio eletrônico e o convite impresso. Cinco dias antes do encontro, reforcei o convite, utilizando o correio eletrônico, e no dia do encontro utilizei novamente o contato telefônico. Os meios de comunicação utilizados possibilitaram estabelecer uma relação de respeito e compromisso entre o pesquisador e pesquisado, garantindo a presença de cinco participantes, mínimo necessário para consolidar o grupo focal, e aprofundar as reflexões com a qualidade requerida para o estudo. Nesse sentido, Dias (2000) considera que, nos grupos maiores, obtêm-se mais informações e nos menores, um maior aprofundamento das ideias.

Quanto ao local da realização do grupo focal, Severo et al (2007, p. 299) preconizam que seja um local neutro, de fácil acesso, e, de preferência, fora do ambiente de trabalho. Critérios esses que foram ponderados na realização do grupo focal. Levei em consideração também a ausência de ruídos que interferissem na qualidade da gravação. A organização das cadeiras em forma de círculo, permitiu a interação visual entre os presentes, o moderador e o observador. O tempo foi de uma hora e quarenta minutos. Nesse intervalo, segundo Westphal e Bógus (1996), a população mostra-se acessível e interessada a participar.

A recepção dos participantes da pesquisa foi conduzida de forma descontraída, oferecendo, inicialmente, um lanche com o objetivo de criar um ambiente acolhedor, favorecendo a desinibição dos participantes. Segundo Neto et al (2002), o oferecimento de um lanche pode contribuir na construção de um clima de confiança e confraternização.

Para desenvolver o grupo focal, desempenhei o papel de moderadora/facilitadora, conduzindo a interação social entre os participantes a partir da seguinte questão norteadora: **Como vocês, Conselheiros, representantes legais da sociedade, avaliam a vossa participação no CMS, quanto a: proposição, discussão deliberação, acompanhamento, fiscalização, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, e como realizam a avaliação da Política de Saúde?** Estavam presentes, além dos cinco conselheiros, a co-orientadora e uma acadêmica do curso de Enfermagem que

desempenhou o papel de observadora juntamente com a pesquisadora, registrando aspectos relacionados às expressões faciais, gestos, tom de voz, entre outros.

Em relação ao desenvolvimento do grupo focal, inicialmente agradei a presença de todos. Na seqüência, apresentei o objetivo do encontro e a dinâmica do funcionamento, solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. No segundo momento, fiz uma reflexão inicial sobre o papel do Conselho e solicitei que, tendo como base a questão norteadora, todos os presentes se manifestassem, contribuindo na reflexão coletiva a partir das suas vivências relacionadas à participação no Conselho Municipal de Saúde. Ao término, fiz uma síntese do encontro, agradecendo a presença de todos.

Considero que o registro é fundamental para que dados importantes dos encontros não sejam perdidos, bem como para sustentar as informações validadas junto ao grupo. Nessa perspectiva, utilizei a gravação de voz, cujas falas posteriormente foram transcritas e complementadas pelas anotações da observadora.

Em relação à validação das falas, encaminhei a transcrição, via correio eletrônico, recebendo o retorno de todos os participantes com as devidas alterações ou concordância, após o período acordado.

A análise dos dados seguiu as etapas preconizadas pela análise temática proposta por Minayo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados das entrevistas individuais e grupo focal, utilizei a análise temática proposta por Minayo (2008), buscando os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência foi significativa para os objetivos propostos. Dessa forma, inicialmente realizei a leitura flutuante e exaustiva dos documentos coletados, buscando respostas ao objetivo da pesquisa. Esta etapa corresponde à pré-análise. Esta fase permitiu o recorte de partes do texto que contemplavam o tema em estudo, denominadas unidades de registro. Na seqüência procedi com a codificação, buscando identificar a frequência quantitativa das falas, bem como dados qualitativos relevantes para o estudo. A etapa posterior conduziu à categorização, reduzindo o texto a palavras ou expressões significativas, resultando em três categorias: **Participação como Aprender-Ensinar**, **Participação como Envolvimento** e **Participação como Poder**.

A etapa seguinte, segundo Minayo (2008), corresponde ao tratamento dos resultados obtidos através da apresentação, discussão e análise, apresentadas no item 5, apresentação e discussão dos resultados. Nesta etapa, proponho inferências e realizo interpretações, interrelacionando-as com os conceitos teóricos do presente estudo.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Neste estudo, os aspectos éticos estiveram presentes durante todo o período de execução. O macro projeto denominado “A trajetória dos Conselhos Municipais de Políticas Públicas no Município de Chapecó/SC: Uma Abordagem Histórica” após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó em 17/07/2007, conforme protocolo de pesquisa N° 088/2007 (Anexo B), seguiu todos os trâmites recomendados pela Resolução 196/96 (CNS, RESOLUÇÃO 196/96).

O subprojeto é denominado “A Compreensão dos Conselheiros Municipais de Saúde Sobre a Participação Social”. Foi encaminhada uma Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas, para o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó/SC, *locus* da pesquisa, do qual obteve consentimento por escrito, após passar por apreciação dos conselheiros em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do dia 31/03/2009, autorizando o acesso aos dados documentais (atas), observação (não participante) das reuniões e grupo focal, conforme apêndice C. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, instituição sede do Minter Interinstitucional, onde obteve parecer favorável à sua realização em 06 de abril de 2009, sob registro no CEP 037/09 (Anexo C). Na entrevista coletiva, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), que obedeceu aos preceitos éticos recomendados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Esta Resolução regulamenta as pesquisas envolvendo Seres Humanos, e “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado” (CNS, RESOLUÇÃO 196/96). Aos participantes foram assegurados o anonimato e o sigilo, bem como a livre decisão de desistir do estudo. Também foi assumido o compromisso da devolução dos

dados aos participantes, em reunião do Conselho Municipal de Saúde, bem como divulgação em canais de comunicação científica da área.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Compreender a participação implica olhar/perceber a realidade sob diferentes ângulos. Dessa forma, o presente estudo foi analisado à luz da análise documental, de entrevistas individuais, da observação de reuniões do Conselho e da realização do grupo focal. Inicialmente, apresento os resultados da análise documental, na sequência, o perfil dos Conselheiros que participaram do estudo e, após, os motivos que conduziram à inserção no Conselho, seguido pela permanência e rompimento. Na sequência realizo a discussão das categorias decorrentes do processo analítico das entrevistas individuais, da observação e do grupo focal, ancorada/baseada na sustentação teórica.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental constituiu-se na leitura das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó e objetivou identificar dados quantitativos e qualitativos relacionados à participação dos conselheiros representantes de órgãos ou entidades neste Conselho, para identificação dos sujeitos da pesquisa.

Inicialmente, analisei os dados quantitativos relacionados ao período que os conselheiros desempenham(ram) a sua função, entre eles: ano de nomeação, ano de saída, segmento representado e o número de expressões de falas nas reuniões, apresentados no quadro 2.

Na sequência, apoiada nos dados quantitativos que delinearão a amostra inicial, procedeu a análise qualitativa dos dados. Estes se referem ao teor das falas nas reuniões, analisadas na perspectiva da participação, do movimento, da interação, com vistas à proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Nomeação	Saída	Segmento representado	Conselheira(o) entrevistada(o)	Nº de falas	Condição de participação no CMS
31/05/2000 17/06/2002	17/06/2002 29/03/2004	Governamental	Entrevistado 11	62	Rompeu
31/05/2000 17/06/2002	17/06/2002 29/03/2004	Profissionais	Entrevistado 01	37	Rompeu
17/06/2002	29/03/2004	Usuário	Entrevistado 06	27	Rompeu

Nomeação	Saída	Segmento representado	Conselheira(o) entrevistada(o)	Nº de falas	Condição de participação no CMS
29/03/2004	04/08/2006				
17/06/2002	29/03/2004		Entrevistado 07	158	Rompeu
29/03/2004	04/08/2006	Prestador			
17/06/2002	29/03/2004	Usuário	Entrevistado 09	25	Permaneceu
29/03/2004	04/08/2006				
04/08/2006	20/07/2009				
17/06/2002	04/08/2006	Governamental	Entrevistado 05	231	Permaneceu
04/08/2006	20/07/2009				
17/06/2002	29/03/2004	Profissionais	Entrevistado 03	274	Permaneceu
29/03/2004	04/08/2006				
04/08/2006	20/07/2009				
17/06/2002	29/03/2004	Prestador	Entrevistado 04	106	Rompeu
29/03/2004	04/08/2006				
17/06/2002	29/03/2004	Usuário	Entrevistado 02	111	Permaneceu
29/03/2004	04/08/2006				
04/08/2006	20/07/2009				
29/03/2004	04/08/2006	Profissionais	Entrevistado 10	70	Rompeu
29/03/2004	04/08/2006	Profissionais	Entrevistado 08	194	Permaneceu
04/08/2006	20/07/2009	Governamental			
29/03/2004	04/08/2006	Prestador	Entrevistado 12	23	Permaneceu
04/08/2006	20/07/2009	Usuário			

Quadro 2: Conselheiros titulares ativos selecionados para entrevista individual. Florianópolis, outubro de 2009.

Quanto ao período de representação dos conselheiros estudados, 16,7% (dois) exerceram a representação durante uma gestão; 58,3% (sete) por um período de duas gestões e 25% (três) pelo período de três gestões. A gestão relativa ao período de 2006 a 2009 sofreu ampliação de dois para três anos.

Os resultados demonstram que 25% dos conselheiros permaneceram na representação pelo período superior ao estabelecido pela legislação. Observei que um conselheiro migrou do segmento profissional para o segmento governamental, e outro migrou do segmento prestador para usuário, mantendo seu vínculo no Conselho como representante, não apenas de outra entidade, mas de outro segmento.

Na Resolução 333/03, o item V da terceira diretriz que trata da organização do Conselho estabelece que o “mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, [...] sugerindo-se a duração de dois anos, podendo o conselheiro ser reconduzido, a critério das respectivas representações.” Em nível local, o Art. 6º Lei municipal Nº 5.511 (Chapecó 2009), dispõe que o “mandato dos membros do Conselho Municipal de Saúde será de dois anos, podendo o membro

indicado pela entidade permanecer no máximo por dois mandatos consecutivos”. Esse período também estava determinado nas leis que antecederam a legislação atual e no regimento interno.

Os motivos que levam o conselheiro a continuar exercendo a representação serão abordados no item 5.4, a partir das entrevistas individuais.

Em relação aos dados qualitativos explorados na análise documental, guiei-me pela Terceira Diretriz da Resolução 333/03, que prevê a participação da sociedade organizada na “proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”. A partir das falas, elegi expressões dos conselheiros que demonstram a sua participação ativa nesse Conselho, apresentadas no Apêndice E.

Considerando o número expressivo de inserções de falas dos conselheiros representado no quadro 02, que na sua totalidade abrangeram 1.318 inserções, optei por selecionar algumas falas na perspectiva qualitativa da participação desse período, cujo teor não será analisado, servindo de modo ilustrativo para delinear a escolha dos conselheiros para entrevista do presente estudo.

5.2 O PERFIL DOS CONSELHEIROS

Em relação ao perfil dos 12 conselheiros entrevistados, 50% são do sexo masculino e 50% feminino. Essa proporção se aproxima da composição real do Conselho no período estudado, em que 44% são do sexo masculino e 56% do feminino. A faixa etária varia entre 34 a 66 anos. Wendhausen (2002, p. 212) refere que “os conselheiros encontram-se numa faixa etária considerada de maturidade (entre 30 a 50 anos), e isto é coerente com a sua participação em uma instância onde é necessário ponderar determinados fatores para que se tomem decisões”. Não que isso garanta que as decisões sejam as melhores, mas pode influenciar qualitativamente as deliberações.

Complementando, Wendhausen e Rodrigues (2006) consideram a diferença de idade como um dado positivo para o funcionamento democrático deste fórum, pois as diferentes experiências que permeiam várias gerações podem indicar uma variedade de posições frente aos temas discutidos.

Em relação à escolaridade, 75% possuem curso superior, 17% ensino médio e 8% ensino fundamental. Entendo que o perfil dos

conselheiros pesquisados indica um elevado grau de formação, considerando que 75% têm nível superior, contemplado nos três segmentos representados. Apesar disso, Wendhausen, Barbosa, Borba, (2006, p. 7) enfatizam a importância da escolaridade em relação à participação, pois acreditam,

que a educação como formação à cidadania é um desses canais, à medida que a escolaridade possibilita o envolvimento potencial e criativo das pessoas com as coisas de seu mundo, alicerçada em componentes formativos, de empoderamento ('autopromoção'), de direitos e deveres dos atores sociais, de acesso à informação e ao saber, de habilidades, valores e liberdade de escolhas responsáveis.

Demo (1999, p. 52) entende que a “função insubstituível da educação é de ordem política, como condição à participação, como incubadora da cidadania, como processo formativo. Se um país cresce sem educação, não se desenvolve sem educação”.

Segundo o censo do IBGE realizado no ano de 2000, no município de Chapecó, apenas 7,08% da população que corresponde à faixa etária dos representantes da sociedade no Conselho concluíram o curso superior (IBGE, CENSO, 2000). Este dado conduz à seguinte reflexão, se por um lado o elevado grau de escolaridade dos representantes pode ser avaliado positivamente, por outro, em que medida os grupos menos favorecidos, com maior risco de vulnerabilidade, (população indígena, cooperativas de reciclagem, entre outras) são representados e envolvidos nas decisões sobre as políticas na área da saúde.

As áreas de formação dos conselheiros compreendem: saúde, pedagogia, biologia, direito, filosofia e serviço social. A presença dos conselheiros das diferentes áreas enriquece o colegiado, diversificando os olhares e as opiniões, viabilizando a ampliação do debate.

Em relação à ocupação, 80,5% dos profissionais atuam na área da saúde, enquanto os demais atuam em outras áreas, como do lar, voluntária, diretor executivo, avicultor e representante de associação.

Quanto à religião, evidencia-se que: 58,3% são católicos; 8,3% cristãos ortodoxos; 8,3% espíritas; 8,3% Testemunho de Jeová; 8,3% referem não ter religião, e 8,3% não responderam. Segundo Gerschman

(apud WENDHAUSEN, BARBOSA, BORBA, 2006), a “Igreja Católica, com suas experiências de organização popular através das comunidades eclesiais de base, marca um período de transição à democracia e oposição ao regime militar, que colabora com o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária”.

Para Kleba (2005), a Igreja Católica na região Oeste Catarinense, desempenhou um papel significativo, através da organização da Pastoral da Saúde, desenvolvendo ações que contemplavam a promoção dos direitos humanos e estimulavam discussões sobre as políticas de saúde. Nesse sentido, Wendhausen, Barbosa e Borba (2006, p. 9) consideram que os movimentos desencadeados pela Igreja Católica, ou de “outros movimentos de organização da sociedade civil, podem se tornar instrumentos de politização que tendem a construir políticas de saúde baseadas na experiência concreta de participação, empoderamento, democracia e cidadania”.

Ainda para Demo (2001), organizações como a Igreja podem se constituir em um outro 'canal de participação' que não seja o de assentimento ao poder, desde que assuma formas conscientes e políticas de organização, ou seja, que tenha conhecimento de seus interesses inseridos em determinados contextos organizativos.

No que concerne à qualificação dos conselheiros para exercer a representação de forma participativa, considero de extrema relevância processos formativos que educam para a ação, para a proposição e para o controle das políticas na área da saúde.

Segundo Carvalho (2007), a oferta de atividades educativas deve ser ampliada e conduzida metodologicamente na perspectiva de formar Conselheiros que atuem nas suas bases, como multiplicadores do saber relativo ao exercício do controle social. Entre os conteúdos essenciais para a capacitação, considera-se de fundamental importância o conhecimento da realidade, tendo como base a legislação. Nesse sentido, Gohn (2004, p. 28) considera que os conselheiros devem,

ter formação e consciência crítica, para terem como meta o entendimento do processo onde se inserem; entenderem, por exemplo, a questão dos fundos financeiros públicos e os critérios que deveriam pautar seu uso para a eliminação da pobreza e das desigualdades sociais, para o atendimento das necessidades da população, segundo escalas de urgências e emergências.

No presente estudo, os dados demonstram que 83,3% dos conselheiros participaram de capacitações relacionadas ao exercício do controle social.

“Eu participei, [...] de vários, tanto aqui [...] quanto a nível estadual” (E4).

“Sim, aqui no SESC, fazem uns 5 ou 6 anos [...]” (E9).

Sim, várias vezes, eu fui conselheiro municipal de saúde desde 1989 em Curitiba, eu participei da Conferência Nacional de Saúde que criou o SUS em 1988, a 10ª Conferência, então eu lido com isso há muito tempo, fui eu que no estado do Paraná o primeiro a dar cursos de capacitação para conselheiros nas comunidades do interior, então eu tive essa formação em Brasília, e depois estendi, trabalhei muito anos no Paraná com isso (E10).

Avalio de forma positiva o elevado percentual de conselheiros que realizaram capacitações. Entendo que este fato qualifica o debate no Conselho e contribui no aprendizado individual dos conselheiros.

Em relação ao local onde foram realizadas as capacitações, foram mencionados os três níveis, porém, predominou o nível local, onde o grupo de pesquisa de Políticas Públicas e Participação Social – GPPPS da Unochapecó se inclui entre as entidades que promoveram as capacitações.

As capacitações realizadas pelos integrantes do grupo de pesquisa da Unochapecó, conforme Kleba et al (2007), foram uma parceria entre a Unochapecó e o Pólo de Educação Permanente em Saúde no Oeste de Santa Catarina, que além de instrumentalizar os conselheiros para uma intervenção crítica propositiva, visava promover a troca de experiências e a articulação entre diferentes atores engajados na construção das políticas públicas da região.

5.3 O QUE MOVE A INSERÇÃO DO REPRESENTANTE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Participar em algum espaço, vem ao encontro de um objetivo pessoal ou de interesse coletivo. No caso do Conselho, a participação é fruto de uma conquista historicamente construída pelos movimentos sociais, legalmente instituída a partir da Lei Nº 8.142/90 e normatizada pela Resolução 333/03. Prevê a participação paritária do segmento dos usuários em relação aos profissionais de saúde e aos prestadores de serviços de saúde, através das entidades ou instituições formalmente constituídas. Ou seja, para ser Conselheiro, o representante precisa

enquadrar-se nestas condições. Esta forma de conduzir a participação requer, das entidades ou instituições, critérios para eleger os seus representantes. Estes critérios são divergentes. Algumas entidades/instituições utilizam a eleição, outras a indicação. O estudo viabilizou identificar duas formas de iniciar a participação no Conselho, a indicação e o convite, apresentados na sequência.

A indicação: No presente estudo, o início da participação se deu, na maioria (67%), das entidades ou instituições por meio da indicação pelo presidente da entidade ou pelo gestor e, numa proporção menor (33%), a partir de convite pessoal e/ou à entidade por parte do Conselho, conforme representado nas seguintes falas.

“... foi bem lá no início do SUS, ainda nem era SUS era AIS. [...] Iniciei porque eu já trabalhava na secretaria de saúde, daí a própria entidade me pediu para ser representante.” (E8)

“... o governo [...] tinha cadeira cativa no Conselho [...] e dessa forma eu fui incorporado como Conselheiro.” (E5)

“... indicada pelo presidente da [...]. Não, por eleição não! [...] Como eu tenho mais tempo que eles, então eu fiquei direto, até agora, enquanto eu não enjoar.” (E9)

Estes dados evidenciam que a indicação seguiu distintas conduções. O E5 se diz incorporado pelo fato da instituição à qual ele está vinculado ter direito a ocupar uma vaga. Nesta inserção, evidencia-se o compromisso, não está explícito o desejo, a vontade de assumir a representação, relevantes para o planejamento de políticas públicas visando o coletivo. Nesta mesma lógica, considero a inserção da E8. No entanto, ao levar em consideração o perfil desses conselheiros, a escolha talvez pudesse ser justificada a partir do nível de conhecimentos na área da saúde que na representação é um recurso extremamente significativo. Na fala da E9, a indicação apresenta uma relação direta com a disponibilidade do tempo, imprescindível para o exercício da representação, mas que não pode ser o único critério para compor o colegiado, uma vez que representa a sociedade civil organizada. Ainda observei que a indicação ocorreu em igual proporção no segmento dos prestadores, (governamental e não governamental), dos profissionais de saúde e dos usuários. Considero que no segmento dos usuários as escolhas das representações deveriam seguir critérios mais democráticos e transparentes, como a eleição. Nesse sentido, Presoto, Westphal (2005) consideram que a indicação dos conselheiros chama atenção quanto ao risco de manipulação por parte do governo local, transformando o processo democrático num instrumento de negociação política.

O Convite: No que concerne ao convite, também evidenciei distintos encaminhamentos. O convite é direcionado às pessoas, conforme segue,

“... Antes de 1990, eu fui convidado [...] tinha feito um curso de especialização em saúde pública, tinha contato maior com as pessoas. [...] Foi um convite às pessoas, não às entidades...” (E1)

Considerando que, no período supra mencionado pelo entrevistado, os Conselhos ainda não estavam instituídos legalmente, a forma de inserção ocorreu de forma diferenciada, pois o convite era dirigido a pessoas engajadas e comprometidas com o setor saúde, especialmente na perspectiva do Sistema Único de Saúde, que na época dava os seus primeiros passos. Evidencia-se, no transcorrer desse estudo, que o representante que assume a participação com o objetivo de garantir o bem coletivo do planejamento e a consolidação das políticas públicas, incorpora a participação como um compromisso cidadão. Visando, conforme Bordenave (1994), à intervenção nos processos dinâmicos que constituem e modificam a sociedade.

O convite oriundo do Conselho é direcionado para a entidade, e, muitas vezes, quem assume a representação é a pessoa que exerce cargo de chefia nessa ocasião.

“Eu não me lembro se fui convidada, eu acho que não. [...] A gente entrou em contato com o Conselho para que a nossa associação fosse representada. Ai, como eu era a presidente na época, [...] participamos do processo eleitoral”.(E3)

Nessa forma de inserção percebi a ausência de envolvimento da base, dos segmentos representados, uma vez que o representante utilizou-se do cargo que exercia para assumir a representação. Este modo de inserção pode ser compreendido de diferentes maneiras: por um lado, podemos atribuí-la à falta de envolvimento, de participação da base, por outro, a confiança à pessoa que está na condução da entidade, possivelmente considerada como a pessoa mais qualificada, com maior domínio do conhecimento, ou ainda, como exercício centralizado do poder, não possibilitando o envolvimento de outras pessoas do mesmo segmento. Este, sem dúvida, representa a posse, a apropriação, prevalecendo o interesse individual sobre o coletivo.

5.4 O QUE MOVE O PERMANECER NA REPRESENTAÇÃO

Permanecer como representante de um segmento no Conselho Municipal de Saúde compreende distintas justificativas. Algumas

avaliadas positivamente, e outras, demonstrando os limites com que a participação social ainda convive.

5.4.1 O COMPROMISSO

Iniciarei refletindo sobre as razões que na minha compreensão são positivas, uma vez que vêm ao encontro da consolidação do Sistema Único de Saúde, percebendo e assumindo esta representação como um compromisso não só profissional, mas, acima de tudo, cidadão, capaz de influenciar nos processos dinâmicos da sociedade, apresentado nas falas que seguem.

“... Eu atuo na saúde pública há 30 anos. Acompanhei todo o processo antes do SUS, todos os movimentos sociais, a 8ª conferência MS, a constituinte, depois a Constituição Federal, a lei orgânica 8.142 [...]. O desejo de fortalecer o SUS, [...] fazer com que [...] a política de estado se efetive e faça com que menos pessoas morram, que as pessoas vivam mais felizes com mais saúde, é o que me faz persistir a continuar até o último dia de trabalho na vida ativa.” (E5)

“... para contribuir na área da saúde. [...] Eu trabalho na área da saúde; [...] a gente pode contribuir...” (E7)

“... a preocupação com a direção da política de saúde.” (E11)

“... é o grande problema que tem na rede pública de saúde e um dos pontos que eu sempre pensei era defender que as verbas públicas sejam gastas dentro da saúde pública de Chapecó, sejam bem aplicadas, [...], ajudando a resolver alguns dos problemas e pesquisando.” (E2)

Ao refletir sobre os motivos mencionados acima, constatee que nos três segmentos existe uma inquietação frente à condução do Sistema de Saúde. Na fala do E5 confirma-se uma trajetória pessoal de acompanhamento do processo de construção do SUS. Manifesta que seu objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas. Na fala do E2 também se evidencia a preocupação com o que é público, associada a um desejo dos representados, fato este que torna o representante mais legítimo, associado a um processo de escolha mais democrática, conforme cita, *“... e se for eleito”*. Neste sentido, Bordenave (1994) afirma que, apesar de a participação ser uma necessidade básica, o homem não nasce sabendo participar, mas que é uma habilidade que se constrói e se aperfeiçoa ao passar do tempo, sofrendo influência direta da cultura participativa da comunidade.

5.4.2 O GOSTAR

Partindo do princípio de que a participação é própria da natureza social do homem, foi possível constatar que o gostar de participação é uma razão pela qual os representantes permaneceram, explicitado nas falas a seguir.

“... acreditar nas coisas. A partir do momento que você acredita no que está fazendo, você quer fazer isso [...]. A entidade voltou a me procurar...” (E8)

“... Porque eu gosto, [...] porque o convite foi mantido após a eleição [...] e por que eu acho que eu tinha uma contribuição à dar.” (E1)

“... eu gosto de participar [...], as pessoas me procuram [...] eu me sinto gratificado com isso, com vontade de seguir até que minha vida agente, e se for eleito.” (E2)

Percebi que o gostar vem permeado de outros atributos, como o acreditar que sua contribuição é importante e capaz de intervir nos processos dinâmicos da sociedade. Compreendo que o gostar de participar supra mencionado reflete o sentimento de pertencimento, componente essencial para construir um projeto de vida. Este pertencer se reflete diante da solicitação dos representados para a continuidade na representação, tornando-a mais legítima, com maiores possibilidades de participar efetivamente na construção de políticas públicas na área da saúde.

5.4.3 O SABER

Outro motivo pelo qual houve continuidade na participação contempla o saber, fruto das possibilidades advindas da participação em cursos de capacitação relacionadas ao exercício do controle social, conjugado com a responsabilidade diante do coletivo.

“... vai se capacitando, vai se apropriando, é importante a gente permanecer...” (E4)

Esta continuidade reflete que a participação no Conselho é um processo, em que a qualificação obteve um peso relevante para prosseguir a representação. A permanência para além de um período de gestão oportuniza o apropriar-se, favorecendo uma maior compreensão sobre o funcionamento e a dinâmica do Conselho, conferindo maior domínio frente à tomada de posição.

Compreendo que os motivos acima relatados favorecem muitas vezes a permanência dos representantes no conselho por um período superior ao definido no Regimento Interno, que prevê a representação pelo período de dois anos renovável pelo mesmo período. Por um lado, isso pode contribuir no exercício do Controle Social, uma vez que são motivados pelo compromisso, pela responsabilidade e pelo desejo de intervir nas políticas públicas na perspectiva de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Por outro lado, essa prática pode limitar o compartilhamento do poder com outras pessoas de sua entidade ou segmento, o que, às vezes, se caracteriza como profissionalização da representação do controle social.

5.4.4 A FALTA DE OPÇÃO

No entanto, constatei que nem sempre a representação é uma opção, um desejo, conforme segue.

“... no primeiro e segundo mandato eu era da associação [...], não tinha ninguém que tinha interesse, [...] então ficou sobrando. [...] Eu sempre gostei [...] de participar [...] dessa questão política de trabalhar em prol da comunidade. Você não está fazendo nada em relação a você. No início eu tinha uma visão muito de defesa da categoria, mas agora eu vejo que realmente a questão é defesa da saúde [...] para a comunidade; não só como município, como também algumas ações, em relação ao Brasil.” (E3)

“Por que ninguém quer entrar no meu lugar.” (E11)

“... O presidente da [...] pediu para que eu ficasse porque ele falou que eu quebro um galho para eles, por causa da saúde. E daí, quando precisa levar alguma notícia para eles, [...] eu sou a ponte dos dois...”. (E9)

Constater na fala da E3 que, inicialmente, assumiu a representação por falta de opção, mas que ao longo do processo desencadeou um outro sentimento. O que vem ao encontro de Bordenave (1999), quando afirma que o homem não nasce sabendo participar, mas que ele vai construindo ao passar do tempo, na mesma perspectiva de Freire (1993), quando se refere ao homem como um ser de relações, no mundo e com o mundo, num constante processo de ação-reflexão-ação.

Ao refletir sobre os motivos considerados como limitantes da participação, compreendo que os processos democráticos de participação ainda são muito frágeis, especialmente quando considero as

falas que têm origem no segmento dos usuários. Esta constatação reflete a necessidade de desenvolver ações na sociedade que ampliem os conhecimentos na perspectiva da construção da cidadania. Compreendo que ações desta natureza devem ser contempladas nos Planos Políticos Pedagógicos dos cursos na área da saúde. Enfatizo aqui especialmente, o curso de Enfermagem, que contempla, nas Diretrizes Curriculares Nacionais, a inserção do profissional enfermeiro no planejamento das políticas públicas na área da saúde. Esta determinação encontra-se no Art. 3º onde consta que o “Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil [...] do egresso [...] formar um profissional capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Ainda, no Art. 5º, relativo às competências e habilidades do profissional enfermeiro prevê, na competência XXX – “participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde”. E na competência XXXIII – “reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Considero que é compromisso das instituições formadoras inserir os estudantes em cenários de estudo reais, dentre eles, as instâncias que pensam o coletivo, no caso, os Conselhos gestores de políticas públicas. Acredito que estas iniciativas poderão desencadear processos participativos na perspectiva do compromisso profissional e cidadão.

Em relação ao enfermeiro que atua na atenção básica, cabe-lhe como integrante da equipe da Estratégia Saúde da Família, intervir diretamente na comunidade, fortalecendo a participação no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

5.5 O QUE CONDUZ AO ROMPIMENTO

Conforme a legislação que prevê a participação no Conselho de Saúde, a representação é exercida por um período determinado. Dessa forma, em um dado momento ocorre a ruptura da representação exercida por uma pessoa, o Conselheiro.

Ao analisar as respostas, constatei que entre os motivos que conduziram ao rompimento está o de conceder a oportunidade a outras pessoas, conforme segue.

“... é importante que outras pessoas participem dos Conselhos...” (E6)

“... é que participo de outros Conselhos, [...] é para dar oportunidade a outros a participar...” (E1)

“... eu estava cansada! Sabe essa coisa de ser sempre as mesmas pessoas? [...] Eu achava que estava na hora de outros assumirem.” (E8)

Ao refletir sobre as falas da E6 e E1, pude constatar que entre os motivos que os levaram a romper a participação está o desejo de oportunizar o exercício da representação a outras pessoas. A fala de E1 evidencia que ele rompeu a representação legal nesse colegiado, mas envolveu-se em outros espaços que também requerem a participação da sociedade. Já na fala da E8, existe o desejo de oportunizar a participação a outros, em consequência de a representação estar centralizada na pessoa dela, refletindo pouco envolvimento do segmento que representa. Diante desta reflexão, considero que romper em favor de oportunizar a participação a outras pessoas da sociedade vem ao encontro de possibilitar o exercício da cidadania.

Entre os outros motivos do rompimento, estão presentes a mudança do gestor, a indicação de outro representante pelo presidente e a falta de tempo.

“Mudança de governo.” (E11)

“... a troca de indicação, por decisão da associação, da presidência.” (E7)

“Falta de tempo.” (E10)

Considerando que os representantes governamentais são trocados ao término do mandato, a justificativa da E11 está coerente com a dinâmica de funcionamento do Conselho, estabelecida na legislação. A fala do E7 é enfática: o presidente decidiu, logo, o representante acatou a decisão. Esta condução evidencia uma centralidade na decisão, exercida pelo presidente. A falta de tempo também foi considerada como um motivo. Considero que o tempo é um recurso imprescindível na participação, uma vez que requer do representante a presença física durante as reuniões do Conselho.

Dessa forma, constatei que os motivos que conduziram ao término da representação no Conselho de Saúde foram diversificados, alguns partindo de iniciativas individuais, outros devido a condições pré-determinadas pelos segmentos representados.

5.6 A PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Para iniciar a discussão, considero relevante retomar o significado de participação, apresentada no capítulo da sustentação teórica. Participação tem sua origem na palavra “parte”, sendo compreendida com a condição de fazer parte, tomar parte, ter parte. (BORDENAVE, 1994, p. 24). Este fazer parte “compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade”, tendo como resultado a produção, a administração e o usufruto de bens materiais e culturais de forma equitativa (BORDENAVE, 1994, p. 24).

Constatei que a compreensão de participação mencionada pelos conselheiros se aproxima do conceito apresentado por Bordenave, (1994), uma vez que o conselho é reconhecido como um espaço de interação e intervenção qualificada na perspectiva de propor políticas na área da saúde que atendam as demandas da sociedade.

Neste estudo emergiram três categorias no que se refere à compreensão da participação: o aprender-ensinar, o envolvimento e o poder, apresentadas na seqüência.

5.6.1 A PARTICIPAÇÃO COMO UMA POSSIBILIDADE DE APRENDER-ENSINAR

A participação no Conselho Municipal de Saúde foi considerada como uma oportunidade e uma necessidade de ensino e aprendizagem, oportunizando a troca de saberes políticos e técnicos entre os representantes. Esta categoria remete ao Ser Humano (Conselheiro) inacabado, em constante processo de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento, resultante da ação e da reflexão sobre a realidade. Compreendo que este movimento é inerente e necessário para o exercício responsável e comprometido da representação no Conselho. Neste sentido, Freire (1993, p. 16) considera que “a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir” na perspectiva de transformar a realidade de acordo com os objetivos propostos, tornando-o, assim, um ser da práxis.

Esse ser da práxis, inserido no contexto do Conselho, está presente nas falas a seguir:

“... eu aprendi a me expressar.” (E9)

“... tem que estar sugerindo, tem que aprender qual é o papel do conselheiro lá dentro.” (E3)

“... a participação [...], você ensina e você aprende, você não sabe tudo, [...] é você estudar os problemas.” (E1)

“... procurar ir em busca do conhecimento para ver o que está acontecendo, se aquilo é certo ou errado [...] conhecer as políticas públicas.” (E8)

“... é um aprendizado [...] importante [...] técnico, mas especialmente político.” (E6)

“... conhecer o que o segmento necessita.” (E5)

“... levar aos conselheiros [...] informações sobre a atuação do hospital [...] nas idas ao Conselho a gente procurou interar os Conselheiros naquilo que o hospital faz bem, e também as dificuldades para cumprir os objetivos.” (E7)

O ensinar e o aprender presentes nas falas dos conselheiros refletem diferentes níveis e necessidades do processo de aprendizagem. Destaco em primeiro plano o nível individual, onde a participação no espaço do Conselho desencadeou um aprendizado relacionado à expressão, à comunicação, imprescindível para intervir nos processos dinâmicos do Conselho como cidadão. Uma vez que, para o exercício da cidadania, o ser humano precisa conhecer a realidade e nela atuar a partir da manifestação da escrita, da palavra e da cultura existente entre as pessoas envolvidas (HERBERT, 2008).

Ainda no nível pessoal, evidenciou-se a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o papel que os Conselheiros devem exercer. Refere-se às competências atribuídas a este colegiado, às políticas públicas e às questões que correspondem ao saber técnico. Este dado demonstra que os Conselheiros têm consciência da necessidade de buscar constantemente informações, conhecimentos relativos à condição que ocupam, de representantes legais da sociedade no Conselho gestor. Esta busca constante do conhecimento reflete o ser humano (Conselheiro) inconcluso, sujeito da sua própria educação, reafirmando que ninguém educa ninguém (FREIRE, 1993).

Neste sentido, o conviver no espaço do Conselho permite agregar novos conhecimentos, bem como socializar aqueles que obteve durante a sua trajetória pessoal. Segundo Freire (1993, p. 28), “o homem não é uma ilha. É comunicação. Logo, há uma estreita relação entre comunhão e busca”. Esta busca de novos saberes atribuí às necessidades e dificuldades vivenciadas pelos Conselheiros frente à complexa responsabilidade dele requerida no exercício da representação no Conselho.

No segundo nível, destaco o aprender/conhecer as necessidades do segmento representado, que transcende do nível pessoal para a dimensão do coletivo, da participação da comunidade decorrente da política de descentralização da saúde no Brasil. Conhecer as necessidades do coletivo requer observação, diálogo, negociações, consensos, (re)conhecer a relação existente na base e a relação do coletivo com o representante no Conselho.

No terceiro nível, aponto o ensinar, quando se percebe o Conselho como um espaço que possibilita a socialização de informações específicas de um segmento, mas, que, pela sua complexidade, envolve a comunidade local e regional. Atitude esta que evidencia a participação nos processos sócio-políticos através do compromisso, do envolvimento e da presença, assumindo sua condição de sujeito, promovendo o desenvolvimento humano e social (DEMO, 1999).

Segundo Freire (1993) a educação tem caráter permanente. Esta afirmativa pode ser constatada pelos conselheiros à medida que mencionavam o conhecimento como um componente que facilitava o exercício da participação. De maneira especial, o conhecimento específico da área da saúde, que foi mencionada predominantemente por conselheiros vinculados a esta área.

“Foram os conhecimentos que eu tinha a respeito de saúde pública.” (E1)

“... por ter alguma discussão na área da saúde, meio ambiente [...] pela própria formação.” (E6)

“... o meu entendimento em políticas públicas, o meu conhecimento [...] eu passei a conhecer uma outra realidade, a ser inserida de uma forma diferente me fez buscar mais conhecimento. A participação no curso de capacitação abriu a minha cabeça.” (E8)

“... o contato com vários espaços de formação [...] grupos de trabalho, comissões...” (E4)

“É a vivência longa da política de saúde, conhecer como está organizado, conhecer os princípios e as diretrizes, conhecer a legislação que norteia o Sistema, conhecer as responsabilidades de cada nível de governo, saber o que deve ser cobrado e de quem deve ser cobrado, o conhecimento do sistema em todo, facilita em muito a discussão na plenária do Conselho ou da conferência.” (E5)

Fundamentada nas falas, compreendo que o conhecimento prévio e a vivência qualificam o exercício da participação. Isto não exclui os conhecimentos dos Conselheiros que não estão vinculados à área da saúde, porque o saber se constrói através de uma superação constante, em que os envolvidos agregam conhecimentos e

consequentemente se educam. Nesse processo de educação, não pode haver posição de superioridade, de dominação, mas sim de horizontalidade. O processo de comunicação permite que o saber relativo de um se complemente com o saber relativo do outro, elaborando uma consciência crítica que visa transformar a realidade (FREIRE, 1993).

O conhecimento específico (saúde) é apontado como um fator que interfere na participação, e, a falta deste conhecimento é mencionado como uma condição que limita a participação. Dessa forma, no espaço do Conselho, o ensinar e o aprender devem ser uma constante, na perspectiva de qualificar os representantes para o desempenho das atribuições que esta instância requer.

“... tem que esclarecer melhor no pontos de pauta, o significado. [...] Eu intervenho e peço mais esclarecimentos [...] antes de votar.” (E2)

“... por não estar na área da saúde, falta de conhecimento da legislação, o que é legal ou não é (dificulta a participação).” (E12)

“... não ter uma compreensão maior [...] das questões técnicas da área da saúde (dificulta a participação).” (E6)

“... o desconhecimento [...], você começa a ter conhecimento busca mais subsídios, começa e descobrir que desconhecia algumas coisas que vinham acontecendo [...] coisas que não acontecem do jeito que deveria ser e que você não pode intervir. Isso foi ruim, [...] e daí, enquanto conselheiro, você vive em uma constante [...] briga consigo mesmo.” (E8)

Tomando como referência as falas citadas, justifica-se a importância que o conhecimento exerce no processo de participação, uma vez que este recurso permite distinguir o certo do errado [de acordo com determinada perspectiva], o interesse pessoal em detrimento da necessidade do coletivo, o enfrentamento subsidiado no conhecimento, perante o silenciar frente ao desconhecido. Neste sentido, Teixeira (2001) reflete que, “se a informação é importante para o conhecimento, esta não se reduz ao volume, mas exige compreensão, reflexão e inter-relações”, imprescindíveis frente à tomada de decisões.

As dificuldades relacionadas ao desconhecimento também estão presentes nos diferentes níveis. Em nível pessoal, revela o conflito ético desencadeado a partir do acesso à informação sobre uma determinada situação, diante da qual se percebeu impotente. Esta dificuldade vivenciada pelo conselheiro remete a uma reflexão sobre o que se fala e o que se omite no Conselho, até onde o Conselho é a arena para decidir as Políticas Públicas na área da saúde. Ainda, em nível pessoal, o

desconhecimento técnico foi mencionado como uma condição limitante da participação. No âmbito coletivo, a ausência do domínio da temática em discussão, tem se demonstrado como um fator limitante frente à tomada de decisões, especificamente diante do ato de votar.

Na perspectiva de qualificar a participação, os conselheiros compreendem que a possibilidade é a capacitação permanente dos conselheiros e da sociedade como um todo, partindo da legislação que prevê o exercício da representação por um período de dois anos, renovável pelo mesmo período.

“... eu acho [...] importante fazer capacitações para os conselheiros. [...] Tem representantes de alguma comunidade, que não têm o conhecimento de quanto é importante [...]. Ela [capacitação] vem engrandecer, vem qualificar. [...] Os Conselhos municipais têm que manter uma política de formação permanente de conselheiros até por que os conselheiros sistematicamente estão mudando.” (E6)

A educação permanente no âmbito do Conselho está contemplada na Resolução 333/03, na atribuição XXII, que dispõe sobre o apoio e a promoção da educação para o controle Social, elegendo entre os conteúdos,

os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento (RESOLUÇÃO 333, 2003).

A participação qualificada no Conselho é requisito para o exercício efetivo do controle social, almejada e cobrada pelo Sistema Único de Saúde. Porém, os dados evidenciam que ainda estamos incipientes, necessitando, por um lado, de maior empenho por parte dos gestores através da disponibilização de recursos financeiros para promover capacitações, e, por outro, maior interesse, envolvimento e comprometimento dos conselheiros e da sociedade na busca dos conhecimentos relacionados ao SUS e ao exercício do controle social. Considero que participar no Conselho requer dos Conselheiros a capacidade de estabelecer relações entre teoria e prática, desencadeando, assim, a análise crítica da realidade que lhe possibilitará intervir nos processos dinâmicos da sociedade. Partindo do princípio de que o

homem é um ser inconcluso e que aprende à medida que se envolve profundamente na situação, a participação no Conselho de Saúde representa uma possibilidade de reduzir a distância entre o conhecido e o desconhecido através da ação-reflexão-ação.

5.6.2 PARTICIPAÇÃO COMO ENVOLVIMENTO

Envolvimento remete ao coletivo, uma vez que a participação é uma vivência coletiva, efetivada a partir das relações e conhecimentos, construídos e adquiridos durante a trajetória de vida. Segundo Bordenave (1994), a participação é própria do ser humano, acompanha a sua evolução, está presente nos diferentes espaços da sociedade, como empresas, associações e partidos políticos. Complementando, Teixeira (2001) considera que a sociedade organizada participa em diferentes espaços, com objetivos distintos e em graus de intensidade diferentes. Esta variação de intensidade na participação está intrinsecamente ligada à construção de uma sociedade participativa, cujo início deve ocorrer no âmbito familiar, permanecer no ambiente da escola, do trabalho e da comunidade, mediante condições favoráveis para sua efetivação. Desenvolver assim, mentalidades participativas, cujo comprometimento se revela na participação efetiva nos macro espaços (BORDENAVE, 1994), nesse estudo, denominados como Conselhos Gestores de Políticas Públicas na área da saúde.

O estudo evidenciou que a compreensão dos Conselheiros direciona para a necessidade do envolvimento, uma vez que contempla em suas falas a importância da proposição, da discussão, do compromisso, da não omissão e da decisão. Percebi, no entanto, fragilidades em relação ao acompanhamento, à fiscalização e à avaliação. O alicerce que sustenta a participação no Conselho, neste estudo, refere-se à Terceira Diretriz da Resolução 333/03, onde o Conselho de Saúde é reconhecido como “uma instância privilegiada na **proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde**, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”.

Abordarei, na sequência, as práticas de participação supra mencionadas, presentes nesse estudo.

Proposição: Proposição é compreendida como uma forma de apresentar uma sugestão, uma proposta a alguém, com o intuito que ela seja apreciada (HOUAISS, 2004, p. 602). Quando me refiro à proposição no espaço do Conselho, menciono a apresentação de

sugestões que conduzem à formulação de políticas públicas na área da saúde, cuja origem procede dos distintos segmentos representados no Conselho. Nesta direção, os conselheiros compreendem que participar,

“... não é só você ir às reuniões! Deve estar lendo o que está nas atas, você tem que estar sugerindo.” (E3)

“... é quando [...] pode interferir em todos os momentos do processo. [...] desde a construção das pautas.” (E4)

“... começa em estar presente nas reuniões do Conselho ou conferências, estar presente nas necessidades dos segmentos que você representa, conhecer o que o segmento necessita, saber levar isso para a plenária de um Conselho, discutir em conjunto com os conselheiros [...] formar o melhor consenso possível para um construção de efetivação do sistema.” (E5)

“... numa das conferências municipais de saúde, a UNOESC levou propostas, e elas não foram aceitas, [...] propostas excelentes como a intersectorialidade [...]. As da associação médica eles também não quiseram aceitar, mas a gente protestou, e das 16, 15 foram aceitas...” (E1)

As propostas apresentadas no Conselho vêm ao encontro de diferentes perspectivas, contemplando distintos níveis de interesses, individuais, de uma minoria, ou do coletivo. Confirmando, a partir das falas, que a proposição deve estar presente a partir do momento da elaboração da pauta, permitindo a inserção de temas, necessidades e/ou problemas cuja origem é proveniente da base, do coletivo que o Conselheiro representa. No entanto, a proposição nem sempre visa ao benefício do coletivo, nem está livre de eventuais interesses pessoais ou de uma minoria, uma vez que, nesse espaço, os segmentos legitimam suas propostas e fazem valer seus interesses, impregnados ou não por interesses políticos partidários.

Neste sentido, Teixeira (2001, p. 27) considera que, entender a participação como processo,

significa perceber a interação contínua entre os diversos atores que são “partes”, o Estado, outras instituições políticas e a própria sociedade. Essas relações, complexas e contraditórias exigem determinadas condições, que não dizem respeito apenas ao Estado, mas vinculam-se aos demais atores e a aspectos estruturais e de cultura política que podem favorecer ou dificultar a participação.

Entre esses aspectos, considero que o conhecimento específico é requisito fundamental, pois impulsiona um primeiro passo efetivo na construção de propostas, quando se tem como fim a criação de políticas públicas.

Na fala do E1, existe uma situação concreta em que se evidencia um jogo de interesses, ao analisar que as propostas, provenientes de instituições com considerável nível de conhecimentos da área, não foram inseridas nas discussões da Conferência de Saúde. Enquanto isso outra entidade usou-se da pressão, para garantir que suas propostas fossem contempladas na mesma Conferência. Partindo desta reflexão, percebo que a etapa a que se refere a apresentação de propostas no Conselho, sofre influências que podem interferir na condução dos processos participativos.

Discussão: A discussão, segundo Houaiss (2004, p. 252), se refere ao debate, em que cada participante defende pontos de vista opostos, onde estão presentes os questionamentos, os desentendimentos e as conciliações. É neste contexto que o Conselho se constitui como uma possibilidade de manifestar interesses, defender posições, gerar conflitos e estabelecer consensos.

A instância da discussão prevaleceu nas falas dos conselheiros, revelando que o debate é uma forma de efetivar a participação no Conselho, compreendida e vivenciada pelos conselheiros. Ainda assim, é evidente que a discussão em determinadas circunstâncias está permeada de poder, exercido por influências externas, “invisíveis” a esta arena. Também se evidenciou uma associação significativa entre a discussão e o conhecimento necessário e real frente ao debate. Neste contexto, a participação sob a instância da discussão aparece como,

“... estar presente, conhecer as políticas públicas de saúde, saber como elas acontecem, discutir [...], defender o interesse da população, aqueles [...] que eu represento [...], porque eu represento alguém.” (E8)

“... não se omitir a respeito das discussões e decisões sobre a problemática de saúde apresentada.” (E1)

“... é quando [...] pode interferir em todos os momentos do processo [...] desde a construção das pautas, [...], das discussões, fundamentação [...] e não simplesmente na tomada da decisão final, ou seja, só no plenário se pronunciar.” (E4)

A discussão está intrínseca à participação, permite uma intensa interação entre os representantes, com possibilidade de constituir e consolidar propostas que modificam a realidade, à medida que essas são incorporadas como agenda política. Os processos participativos,

segundo Demo (1999), sofrem influência da cultura e podem ativar potencialidades na comunidade, qualificando, assim, a capacidade de interagir com as circunstâncias externas, desencadeando o sentimento de pertencimento a um grupo ou a um projeto de vida. A etapa posterior à discussão, remete à decisão, também apontada como uma condição inerente à participação.

Decisão: O papel deliberativo tem sido apontado por diversos autores e pela própria legislação como uma das principais funções dos Conselhos Gestores, à medida que lhes é conferido o poder de definir e decidir sobre prioridades e sobre estratégias de implementação da política no município.

Segundo Houaiss (2004, p. 210), decisão é compreendida como a tomada após julgamento, livre escolha, opção, capacidade de resolver sem hesitação. Ao refletir sobre o significado da palavra, compreendo que ele remete ao poder. Ou seja, a participação no Conselho está alicerçada no exercício do poder, efetivado pelos representantes no Conselho através do voto democrático. A decisão corresponde à etapa fundamental dentro da dinâmica do Conselho, na medida em que lhes é conferido o poder de definir e decidir sobre as prioridades e sobre estratégias de implementação de políticas no município.

Esta etapa é subsequente à apresentação de propostas, alicerçadas no conhecimento, seguida pela discussão e se efetiva democraticamente através do voto. Esta sequência do processo também se evidenciou nas falas, partindo da leitura da pauta, da observação, da intervenção e do consenso frente à tomada de posição, mencionada a seguir.

“... é observar, ler bem os informes, os pontos de pauta [...], para você escolher o apoio ou não.” (E2)

“... é muito importante deliberar, opinar...” (E10)

“... poder interferir em todos os momentos do processo.” (E4)

“... não se omitir a respeito das discussões e decisões sobre a problemática de saúde apresentada.” (E1)

“... formar o melhor consenso possível para uma construção de efetivação do sistema.” (E5)

Decidir através do voto aberto, que na regra é a forma adotada no Conselho em estudo, requer do conselheiro o domínio sobre a decisão a ser tomada, associado à condição de se expor perante o colegiado. Como evidenciei no decorrer da análise dos resultados, o Conselho, constituído por seus Conselheiros, representantes legais da sociedade, ainda apresenta inúmeras fragilidades em relação ao

conhecimento na área da saúde, especialmente em relação aos representantes do segmento dos usuários.

Diante dessa realidade, as decisões tomadas e concretizadas podem, eventualmente, não corresponder ao consenso do colegiado, comprometendo, dessa forma, a legitimidade do Conselho. Participar no Conselho não se resume nas etapas apresentadas até o presente momento, demanda, ainda, acompanhar, fiscalizar e avaliar as ações oriundas das decisões tomadas no colegiado, apresentadas na sequência.

Acompanhar, Fiscalizar e Avaliar: Esta etapa corresponde a um nível de complexidade superior aos abordados anteriormente. Partindo do significado das palavras, percebemos a amplitude a que esta etapa se propõe: acompanhar significa “... observar o andamento, o progresso” (HOUAISS, 2004, p. 12); fiscalizar, “verificar se está sendo feito como previsto, [...] observar atentamente, controlar vigiar” (HOUAISS, 2004, p. 344) e, avaliar “[...] determinar a qualidade” (HOUAISS, 2004, p. 78). Diante da complexidade explicitada, o exercício da participação, no Conselho, requer ainda dos representantes disponibilidade de tempo, acesso às informações e domínio do conhecimento próprio da área da saúde, mas também uma compreensão ampliada do que seja saúde.

Este universo complexo certamente justifica a pouca menção desta etapa no processo de participação, na compreensão dos conselheiros, conforme segue,

“... conhecer as políticas públicas e saber como elas acontecem.” (E8)

“... o Conselho tem um papel de direcionador, de criador de políticas, de fiscalizador...” (E10)

Compreendo que este dado reflete a realidade do Conselho em estudo, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação. Uma vez que não foram mencionados pela maioria como participação, demonstra que, na prática, provavelmente também não são exercitados na medida em que lhes é devido. Mais uma vez percebi a fragilidade do exercício do controle social. Demonstra claramente que ainda precisamos avançar significativamente no que se refere à participação cidadã qualificada no espaço do Conselho de Saúde, para assumir, desempenhar e efetivar o papel atribuído a essa instância de poder. Neste sentido, o Ministério da Saúde dispõe sobre o papel do Conselho de Saúde afirmando que,

é papel do Conselheiro de Saúde participar da formulação, das políticas de saúde, acompanhar a

implantação das ações escolhidas, fiscalizar e controlar gastos, prazos, resultados parciais e a implementação definitiva dessas políticas (BRASIL, 2002b, p. 31).

Pondero que a categoria participação pelo envolvimento reflete potencialidades e fragilidades na trajetória do Conselho Municipal de Saúde em estudo.

Enquanto potencialidades aponto o reconhecimento da importância da participação dos representantes na condução das políticas públicas da saúde e o conhecimento relativo ao exercício do controle social, por parte de alguns conselheiros. Enquanto fragilidades, evidencio as competências relacionadas à fiscalização, ao acompanhamento e à avaliação das propostas votadas nas reuniões do Conselho. Estas etapas demandam recursos mais complexos de participação, no que diz respeito ao conhecimento, aos recursos materiais e à disponibilidade de tempo, entre outros. Neste sentido, considero, mais uma vez, a importância de ampliar os conhecimentos dos representantes e da sociedade como um todo, na perspectiva de exercer a cidadania e contribuir nos processos dinâmicos da sociedade.

5.6.3 PARTICIPAÇÃO COMO PODER

Inicialmente, busquei o significado atribuído à palavra poder, para, na sequência, analisar como ele é compreendido e exercido no Conselho em estudo. Poder, segundo Houaiss (1994, p. 577), é o “[...] direito ou capacidade de decidir, agir e ter voz para mando, autoridade”. Para Bordenave (1994), participar politicamente significa tomar parte na gestão e determinação da sociedade através da representação e formulação de leis.

Neste sentido, o Conselho é o espaço designado legalmente para a tomada de decisões na área da saúde e, dessa forma, representa o poder que os Conselheiros exercem ou não, no seu processo de participação. Segundo Foucault (1979), o poder não existe como algo unitário, global, um objeto, uma coisa, mas sim enquanto uma prática social.

A categoria poder apareceu sutilmente na abordagem da compreensão sobre participação, mas se constituiu fortemente a partir das dificuldades mencionadas pelos conselheiros no exercício da

representação. Inicialmente, mencionarei as falas oriundas da compreensão, manifestadas a seguir.

“... Participação é crença no poder local.” (E11)

“... já que você tem uma posição social, você tem um conhecimento, tem uma influência então é interessante que você use isso também para o benefício de outras pessoas não só em seu benefício próprio...” (E7)

Na compreensão dos conselheiros, no que se refere à categoria participação como poder, as falas evidenciam a existência da diversidade de compreensões sobre uma determinada condição. Constituídas a partir das concepções individuais, resultantes das relações estabelecidas no seu convívio.

Ao refletir sobre o significado das falas, identifiquei na fala da E11 a participação como “crença no poder local”. Interpretei-a positivamente como a capacidade que os representantes do Conselho apresentam na perspectiva de assumir a condução das políticas públicas na área da saúde do município, o que vem ao encontro do que o Sistema Único de Saúde preconiza. Ou seja, que a sociedade exerça o controle sobre o Estado, através da participação dos cidadãos na definição de critérios e parâmetros para guiar a política pública (TEIXEIRA, 2001).

Em contrapartida, o “poder de influência” concebi negativamente, uma vez que remete à compreensão de que prevalece o paternalismo, a submissão, o pensar pelos outros, daquele que “sabe” por aquele que “não sabe”, que não tem capacidade, que é oprimido e excluído pelo sistema. Este tipo de poder certamente contribuirá pouco no exercício do controle social.

Na sequência, abordarei as falas que exteriorizam a compreensão do poder sobre a participação, mencionadas como formas de facilitar, dificultar ou até mesmo inibir a participação no Conselho em estudo.

“... no tempo da administração anterior, [...] eu tinha uma dificuldade de relacionamento. Então muitas vezes a gente bancava coisa no grito. [...] Eu tinha conhecimento de causa [...], eles queriam impor muitas coisas! Era uma coisa menos democrática...” (E10)

“... As dificuldades que eu apresentei seria o embate, [...] a resistência, [...] o autoritarismo, [...] o sectarismo, por parte de algumas autoridades. [...] Quando eu participava de reuniões que tinha o secretário, era terrível participar [...], a dificuldade era a não aceitação de discussões relevantes, [...] a não aceitação das ideias, de algumas propostas, mas que tinham um alicerce ético.” (E1)

“... o conflito que às vezes surgia entre o gestor, secretário de saúde, [...] a qualidade do gestor com os conselheiros. [...] A gente fazia algum questionamento, era impedido de certa forma de ir contra aquela posição. [...] Pouco tempo para discutir os pontos e isso às vezes fazia com que a gente votasse sem ter muita clareza, e às vezes a gente acabava se abstendo da votação.” [...] Pautas apresentadas quase que unicamente pelo gestor [...] chegar ao Conselho apenas a informação que as coisas, as ações, as atividades[...] já foram pactuadas”. (E4)

“Política partidária, assuntos ou a pauta enviada em cima da hora...” (E12)

“... as pessoas usam o poder da caneta que têm nas mãos, e acabam retalhando não só a pessoa que está representado, mas toda uma gama de profissionais...” (E3)

Os relatos evidenciam o clima que predominou no Conselho durante o período estudado. Em um determinado período - GESTÃO 2000 a 2004, os representantes referem que prevaleceu, na regra, a opinião do segmento governamental, em especial do gestor, secretário de saúde e também presidente do Conselho. Percebi que nesse período a participação era exercida através do enfrentamento, do protagonismo de alguns conselheiros com maior domínio técnico, como refere o E10, *“eu tinha conhecimento de causa...”*, evidencia-se, dessa forma, a importância do conhecimento para exercer a participação. Por outro lado, observou-se o silenciamento e a omissão frente à limitação do conhecimento. Esta constatação se confirma na fala do E4, quando diz que *“[...] a gente fazia algum questionamento, era impedido de certa forma de ir contra aquela posição, [...] pouco tempo para discutir os pontos e isso às vezes fazia com que a gente votasse sem ter muita clareza, e às vezes a gente acabava se abstendo da votação [...]”*. Atitudes como estas levam à reflexão da forma como o exercício da participação também é permitido, uma vez que, também existe uma centralidade no uso do poder em espaços constituídos para promover a participação democrática. Ainda, na fala do E4, *“chega ao Conselho apenas a informação [...] as ações, as atividades [...] já foram pactuadas”*. Fica claro, nessa fala, a existência do poder paralelo, centrado em outras instâncias, mas, por uma questão legal, o tema precisa estar contemplado na pauta e na ata do Conselho. Logo, a instância do Conselho deixa de exercer a sua competência, que é participar, de forma organizada, das decisões relacionadas às ações e políticas públicas na área da saúde. O uso de poder centralizado no gestor também surge na fala da E3, quando refere que, *“as pessoas usam o poder da caneta que têm nas mãos, e acabam retalhando...”*. Esta fala

demonstra claramente que o exercício do poder na perspectiva da participação da comunidade nas decisões não foi seguido, mas poderia ser usado como forma de punir o profissional ou a entidade que ele representava. Outra questão que aparece de forma muito expressiva é a influência político-partidária, interferindo no processo democrático da participação. Segundo Bordenave (1994, p. 29), quando os Conselhos participativos são implantados pelos organismos oficiais, como no caso dos Conselhos de Saúde, esta participação pode “fazer parte de uma ideologia necessária para o exercício do projeto de direção-dominação [...] de modo a criar uma ‘ilusão da participação’” política e social”.

O período supra mencionado evidenciou o poder centralizado no gestor, no entanto houve um período - 2005 a 2009 – em que a participação no Conselho foi vivenciada de outra forma, conforme fala a seguir,

“... a presidente do Conselho municipal de Chapecó hoje é um usuário. [...] Ter o usuário como presidente do Conselho, me faz bem, ele me dá segurança porque ali eu tenho um olhar crítico de cobrança permanente, de vigilância constante isso me faz mais seguro na tomada de decisão.” (E5)

Compreendo que esta fala apresenta uma forma mais democrática de conduzir o controle social, uma vez que o poder é descentralizado. A presidência é exercida pelo segmento dos usuários, quando na maioria dos municípios brasileiros este cargo é ocupado por um Conselheiro do segmento governamental. Para ser mais exato, segundo o Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde realizado no período 2007-2008, este cargo é exercido pelo segmento dos usuários apenas em 17,35% dos Conselhos municipais no país.

Neste sentido, a fala do E5 reflete a importância da horizontalidade do poder. Se, por um lado, a horizontalidade estimula a participação dos segmentos não governamentais, por outro, o gestor se sente sob constante vigília frente à tomada de decisões, assegurando-lhe maior segurança na condução da política da saúde.

Considero que, mediante condutas dessa natureza, o Conselho exerce a participação e se afirma perante a sociedade.

Reconheço que esta forma de conduzir o Conselho se aproxima ao que está preconizado no Sistema Único de Saúde, ou seja, que a sociedade está exercendo o controle sobre o Estado, participando das definições dos critérios que guiam as políticas na área da saúde.

No entanto, também não podemos ser ingênuos e acreditar que, se o poder está difundido, não existem problemas no exercício da participação do Conselho em estudo. Esta é apenas um detalhe numa

teia complexa que representa a participação da sociedade nos Conselhos Gestores de Política Públicas.

Esta breve reflexão abordou, em partes, a participação como poder, compreendida e vivenciada durante o período estudado e será complementada, com as reflexões que seguem.

“... o reconhecimento da associação, ninguém sabia que existia a (associação profissional) [...] Foi essa facilidade, [...] queira ou não queira, algumas questões te abrem um pouco as portas. Não vantagens pessoais, mas vantagens [...] para a sua associação. [...] Depois que você está participando do Conselho, é visto com outros olhos, a tua associação [...]”. (E3)

“... você está defendendo uma entidade. Você tem seus princípios éticos e morais e de repente, num determinado momento, tem um conhecimento de alguma coisa, você se antena digamos assim numa coisa e percebe que o sistema funciona assim mesmo e isso é uma coisa que incomoda.” (E8)

Na primeira fala, percebo um outro lado do poder, em que o fato de participar no Conselho resulta em reconhecimento da entidade, e esta condição lhe confere vantagens, antes não passíveis de acesso. Segundo E3 *“... depois que você está participando do Conselho é visto com outros olhos...”*. Podemos aqui divagar um pouco e refletir o que significa ser visto com outros olhos. Um olhar de quem quer participar e ajudar na construção da cidadania, podendo influenciar e mudando a história em prol de interesses coletivos. Ou, um olhar de interesse de grupos que encontraram um caminho para se aproximar do poder, legitimando interesses particulares. Neste sentido, sinalizo que a participação pode ser um caminho, ou um problema/uma barreira, na consolidação do controle social.

A segunda fala se refere a um *“sistema”*, que na visão do conselheiro exerce uma força maior, um poder, que transcende o poder do Conselho, ancorado na legislação e exercido por um colegiado. Isso demonstra que o Conselho é um espaço de decisão, mas não o único na definição das agendas políticas. Segundo Demo (1985, p. 151), *“a participação é também uma utopia, naquilo em que pode idealizar excessivamente as relações de poder”*, uma vez que a *“participação é uma forma alternativa de poder e não a sua eliminação”*, participar é *“optar por formas mais democráticas de poder”*, porém, sem ter a fantasia que *todos* mandam, ou que *ninguém* manda.

Na sequência, apresentarei algumas ponderações do processo participativo no Conselho obtido a partir das observações das reuniões e do grupo focal, relativos à vivência dos conselheiros.

5.6.4 PARTICIPAÇÃO: O SER CONSELHEIRO

No decorrer da análise, percebi que a participação exige mais do que a presença física; demanda inúmeros recursos, como: conhecimento, tempo, acesso e compreensão das informações, articulação, comprometimento, descentralização do poder, entre outros.

Considerando inicialmente a compreensão dos conselheiros sobre participação no Conselho de Saúde, abordarei, na sequência, algumas reflexões relacionadas à participação do período em estudo, manifestadas a partir da vivência da representação, associadas às observações realizadas pela pesquisadora em reuniões do Conselho. Esta reflexão se propõe a articular as três categorias previamente abordadas: participação como Ensinar-Aprender, como Envolvimento e como Poder,

No que se refere a participação dos Conselheiros, os dados demonstraram que no período em estudo foram vivenciados distintos níveis de envolvimento, bem como distintas formas de conduzir o processo participativo neste Conselho. Durante um período, a presidência era exercida pelo gestor, Secretário de Saúde, em 2002, houve alteração da Lei Nº 4.300/2001, determinando como atribuição dos conselheiros a designação da presidência do Conselho. Dessa forma, a partir de 2005, após eleição, a presidência do Conselho foi exercida pelo segmento dos Usuários, que permanece até a atual gestão.

Conforme as falas a seguir, analiso a participação no contexto do Conselho nesta última década.

“... a participação... Me lembro que era um Conselho animado [...] era um período de muita turbulência, [...] um grande grupo com muitas proposições, e especialmente se discutia muito, muito calorosa, e isso evidentemente é um ponto positivo, [...] as pessoas vinham nas reuniões ...” (E6)

“... nós propúnhamos reuniões extraordinárias para voltar a discutir [...] ou complementar o mesmo tema, [...] nós organizávamos com os profissionais da saúde, [...] não precisava nem que eles (gestor) marcassem.” (E1)

“... foi um momento [...] de muita proposição, [...] e aí rolou muito conflito [...]. Naquele momento tinha essa necessidade dessas proposições, e elas eram conflituosas, [...] a gente discutia por qualquer coisa. Então talvez hoje [...] a dinâmica do Conselho é diferente. Naquela época, apesar da gente ter as críticas, [...] tinha discussão, e hoje já é muito mais uma política... bom, vocês receberam, vocês leram,

vocês não mandaram alteração... Quer dizer, a condução é diferente, não estou dizendo que nenhuma está certa e que nenhuma está errada, mas o jeito de conduzir os trabalhos é diferente, e aí cabe pensar com os conselheiros, se a gente gosta do debate ou não. Eu particularmente gosto.” (E4)

“Eu vejo [...] a falta de interesse por parte de alguns conselheiros, [...] uma dificuldade muito grande. É irritante porque, nós estávamos falando das discussões acaloradas que eu adorava na verdade, que a gente saía e nem olhava um direito para o outro. [...] Era bom isso. Mas não tem mais aquela discussão, [...] tem pessoas que vêm e não interagem, não lêem, [...] e olha que é uma parte grande, não é pequeno. [...] Tem que ter mudança, tem que ter crescimento e às vezes a impressão que se tem é que tudo esta parando, parando...” (E3)

Os resultados demonstram claramente os distintos modos de conduzir as reuniões do Conselho e, conseqüentemente, os diferentes modos de envolvimento, de participação. Ficou evidente que os Conselheiros se sentiram mais motivados à participação, quando se referiram ao período em que a presidência do Conselho era exercida pelo gestor. Este período foi marcado por fatos significativos na perspectiva da participação, entre eles: a presença assídua dos representantes nas reuniões, a apresentação de inúmeras proposições, oriundas, a sua maioria, do segmento governamental que geravam debates exaustivos entre os conselheiros. Houve também um movimento do segmento dos profissionais que se articulou e organizou grupos de estudo, convidando, inclusive, o segmento dos usuários. Solicitou reuniões extraordinárias do Conselho para ampliar os conhecimentos sobre as temáticas em discussão.

Por outro lado, também ocorreram muitos enfrentamentos, conflitos e resistências, nesse período não havia comissões que analisavam previamente as propostas, os encaminhamentos, a prestação de contas, tudo acontecia na arena do Conselho, dessa forma, os Conselheiros sentiam-se mais solicitados e, conseqüentemente mais comprometidos e responsáveis, atualmente as comissões têm exercido esse papel, restringindo o debate no plenário.

Ainda nesse período, os conflitos eram frequentes, especialmente quando os segmentos não governamentais não conseguiam aprovar as suas propostas, porque o poder estava mais centralizado no segmento governamental, que conduzia com frequência as decisões de forma a atender os seus interesses, conforme a fala do Conselheiro.

“... a dificuldade foi em aprovar algumas coisas, porque alguns conselheiros foram pressionados [...] porque eles eram presidentes de entidades que tinham vinculação com o município. [...] O conselheiro que antes tinha uma posição, na hora da votação a pressão era grande, ele era procurado inclusive, ele votava contra.” (E1)

“... tínhamos uma equipe de técnicos que estudava antes os problemas [...]. Quando a gente quer dentro da ética e da Lei, fazer propostas, se contrariava a diretora da época ela dizia não, nós ganhamos a eleição e vamos fazer do jeito nosso. [...] Muita coisa a gente conseguiu enfrentar ali, algumas coisas não. [...] Eu tive discussões ásperas com a secretária [...] isso foi uma administração especificamente ditatorial, eu diria, sectária, quer dizer que só valia a ideia deles, as nossas ideias não valiam.” (E1)

Ao refletir sobre o período mais recente, evidenciei outra lógica da condução do Conselho. A presidência do Conselho é exercida pelo segmento dos Usuários e assessorada pela vice-presidente e secretária, representando os segmentos do governo e profissionais, respectivamente. Durante a observação, percebi uma relação de sintonia entre os três integrantes da mesa diretora, demonstrando um trabalho integrado e articulado com poder compartilhado. A partir de maio de 2005, foram instituídas três comissões, a Comissão de prestação de contas, a Comissão de visitas e a Comissão de normas. Em função desta organização do Conselho, muitos assuntos de pauta vem sendo encaminhados num primeiro momento às comissões, para posteriormente serem apresentados na plenária. Dessa forma, a participação se limita a grupos menores e, conseqüentemente, gera menos debate no momento da plenária. Esta forma de conduzir os trabalhos no Conselho analisei sob distintos olhares. Num primeiro olhar, os conselheiros que compõe as comissões têm possibilidade de aprofundar as temáticas em pauta, específicas da comissão, logo têm maior segurança frente à tomada de decisão. Num segundo olhar, o Conselheiro que não compõe a comissão que analisou a temática, decidirá a partir do olhar, da compreensão do outro.

Esta conformação interfere na maneira que os conselheiros se envolvem e exercem a participação, confirmada na fala da E3, quando menciona que os Conselheiros “*não discutem, não interagem*” e complementa, “*a presença diminuiu muito*”. Esta também é uma constatação do conselheiro E4, quando afirma,

“... não está tendo a discussão, por que hoje a metodologia está diferente. E a questão da participação [...], hoje está difícil de a gente

mobilizar as pessoas, participar em todos os espaços, é em grupo temático, é em grupo de adesão, é em patologia, está difícil.” (E4)

“[...] na época existiam três comissões, agora por último são sete, então o que ocorre, é quase uma câmara técnica digamos assim. As pessoas estão instituídas, elas fazem, ou seja, pelas de visitas, ou de prestação de contas... já faz um diagnóstico do cenário daquele momento e apresenta em plenário por seu relator aí se não tá vindo nada de errado na plenária, é porque a plenária tá aceitando aquilo como verdade absoluta, é aquilo, mas o debate está acontecendo antes da plenária.” (E5)

Esta realidade também se confirmou durante as observações, quando, na regra, se pronunciavam os integrantes da mesa diretora e os relatores das comissões, e os assuntos mais polêmicos permaneciam para o final da pauta. E quando colocados em votação, muitos conselheiros já haviam se retirado devido ao avançado da hora. Também ocorria uma movimentação intensa dos conselheiros durante a plenária, entra e sai do auditório para atender celulares. Conselheiros não respeitando o período de início e término das reuniões, comprometendo, dessa forma, o *quorum* e, por conseguinte, as decisões.

Durante as observações, constatei também uma disponibilização significativa do tempo para a apresentação das entidades representadas no Conselho. Prática esta que não está entre as competências do Conselho. Sem desmerecer sua importância, considero que, frente ao reduzido período que os conselheiros se reúnem – duas horas mensais – deveriam ser priorizados temas que contemplassem as políticas públicas na área da saúde do município, cuja competência é de responsabilidade deste colegiado. Posso arriscar e afirmar que este talvez seja um dos motivos da pouca participação e da aparente apatia vivenciada atualmente no Conselho e manifestada pelos conselheiros que participaram desse estudo. Outro fato que constatei e que pode interferir nos processos participativos está relacionado ao ambiente físico, onde a disposição das cadeiras está em forma de auditório, fator este que dificulta a interação, o olho no olho, característico da administração que antecedeu a atual. Por outro lado, são utilizados recursos audio-visuais, como o *data show* que permitem melhor acompanhamento dos temas em discussão e que poderiam, consequentemente, estimular a participação.

Em relação ao acompanhamento, fiscalização, e avaliação, independente do período, se constatou fragilidades na participação, com exceção de algumas iniciativas isoladas, representadas nas falas que seguem.

“... na época a gente acompanhava, e hoje a gente não faz parte do Conselho mas eu acompanho sim, [...] e às vezes eu faço algumas críticas também. É por que você não precisa ser político para acompanhar a política, não precisa ser filiado a um partido...” (E1)

“... é muito difícil hoje em dia a gente conseguir acompanhar tudo, a gente não tem perna para tudo, não dá. [...] O que eu faço muito, já que a gente não consegue (pessoalmente), é pegar o telefone e ligar: ‘e daí fulano, tá acontecendo isso aí?’ Eu já fiz isso muito, já fiz e ainda faço, liga como quem não quer nada.” (E3)

“... acompanhar a implementação, [...] isso é uma dificuldade que eu sinto que a gente teve, [...] porque a gente aprova e depois lá no final vota o relatório. Mas no dia a dia, [...] representando [...] os usuários, de a gente olhar e dizer: ‘foi aprovado isso, está sendo implementado do jeito que foi aprovado?’ Como que está? Isso a gente tem dificuldade mesmo, por estrutura, porque a gente precisaria tempo, ir para as unidades de saúde conversar com os usuários, [...] então o acompanhamento eu acabo enquanto conselheiro fazendo muito mais pelo relatório de Gestão.” (E4)

“... nós trabalhamos [...] meio que juntando ali o acompanhamento e a fiscalização a partir do pessoal que usa o serviço...” (E4)

Quando abordei o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação na compreensão dos conselheiros, ficou evidente que esses ainda se constituem como um ponto frágil no que concerne à participação, e se confirma, ao analisar a prática dos conselheiros a partir dos seus relatos no exercício do controle social.

A fala do E1 vem na perspectiva da responsabilidade profissional e cidadã, quando menciona que acompanhou, fiscalizou durante o período que era Conselheiro, e continua a exercitar, a partir da condição que ocupa na sociedade. Esta atitude está alicerçada na cidadania, na participação ativa na comunidade onde está inserido, assumindo compromissos comunitários de cooperação e coresponsabilidade (DEMO, 1999).

Os relatos demonstram, que no período analisado, não existia nenhum método sistematizado que contemplasse o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas aprovadas nas plenárias do Conselho. Estas atribuições são inerentes ao exercício da participação na mesma dimensão da proposição, da discussão e da decisão. O que constatei em relação a esta instância, está centrado no acompanhamento pelo relatório de gestão, analisado pela comissão de prestação de contas,

apresentado em plenária, aprovado ou não, conforme o parecer da comissão.

Segundo os resultados do estudo, com exceção do relatório de gestão, cada conselheiro se organiza pessoalmente para acompanhar e fiscalizar, conforme sua disponibilidade de tempo, seu acesso às pessoas que utilizam os serviços de saúde, ou ainda através de contatos telefônicos, entre outros recursos disponíveis. Em relação à avaliação dos resultados, que exige um nível de complexidade maior, com análise dos dados epidemiológicos não houve nenhuma menção. No entanto, durante a observação das reuniões, constatei que estes dados foram apresentados pelos profissionais da Secretaria de Saúde responsáveis por programas específicos, como exemplo, o Centro Especializado de Odontologia – CEO, para a qual Chapecó é referência Regional. Porém, quando apresentado, não houve manifestação/interação por parte dos Conselheiros.

No início deste capítulo, considerei que compreender a participação implicava olhar/perceber a realidade sob diferentes ângulos. Dessa forma, a triangulação dos dados possibilitou ampliar os conhecimentos da compreensão dos Conselheiros sobre a participação social no Conselho Municipal de Saúde de Chapecó. Ao longo do estudo, identifiquei potencialidades, fragilidades e possibilidades que serão apresentadas nas considerações finais.

6 CONSIDERAÇÕES

Este estudo mobilizado pela curiosidade acerca da participação social, caracterizou – se num processo reflexivo acerca da participação no Conselho Municipal de Saúde de Chapecó.

A trajetória possibilitou a compreensão de alguns significados atribuídos à participação a partir das concepções e da vivência pessoal dos Conselheiros. Nesse sentido, resgatei o objetivo geral deste estudo que se propôs analisar a compreensão que os conselheiros municipais de saúde de Chapecó têm sobre a participação social e seus processos no respectivo Conselho.

A compreensão da participação pelos Conselheiros, foi facilitada pela breve apresentação do perfil dos Conselheiros que participaram do presente estudo. Os Conselheiros encontram-se numa faixa etária considerada de maturidade, com elevado nível de escolaridade, com formação e atuação em áreas diversificadas. Considero como potencialidade no Conselho o elevado número de Conselheiros que realizaram capacitação, fator este que contribui na qualidade da participação. Entendo que a possibilidade do acesso às capacitações se justifica, primeiro, pela oferta de cursos no período em estudo e, segundo, ao tempo de permanência dos conselheiros na representação.

Os motivos que conduziram ao exercício da participação no Conselho foram na maioria pela indicação do gestor ou do presidente da Instituição/Entidade, e em menor proporção através do convite pessoal ou à Entidade. Frequentemente, quem assume a representação é o próprio dirigente da entidade. Compreendo que as formas de inserção no Conselho ainda estão centralizadas, e necessitam avançar na perspectiva de envolver a base, utilizando meios considerados mais democráticos, como a eleição, para a escolha dos representantes.

Partindo da análise documental, identifiquei que 25% dos representantes, envolvendo o segmento dos usuários e dos profissionais, permaneceram por um período superior ao previsto na legislação. Esta evidência é relevante, uma vez que limita o envolvimento de outras pessoas em espaços próprios da participação social. Neste mesmo sentido, também ocorreu a migração de representantes entre os segmentos. Condição essa, que pode ser utilizada para ampliar o período de representação no Conselho, limitando a inserção de novos atores neste cenário.

Os dados revelam, ainda, que um percentual significativo de Conselheiros permaneceu como representante pelo período de duas gestões, considerado legal, conforme legislação vigente. Diante desta constatação, identifiquei: o compromisso, o gostar, o saber e a falta de opção entre os motivos que justificam a permanência no Conselho. Avalio como fatores positivos o compromisso, o gostar e o saber, porque refletem o caminho que conduz a consolidação do Sistema Único de Saúde e o exercício da participação cidadã. Porém, preocupe-me a permanência no Conselho, justificada como a falta de opção, especialmente porque a origem é do segmento dos usuários. Esse dado evidencia uma lacuna que requer ações na perspectiva de qualificar a sociedade para a participação com vista à construção da cidadania. Diante desta constatação, recomendo a(o) profissional enfermeira(o), reconhecer e assumir o seu papel social, desenvolvendo ações que venham ao encontro da qualificação da categoria e da sociedade na perspectiva da participação social.

Considerando que a participação no CMS é temporária, optei pela identificação dos motivos que justificam a ruptura da participação. Obtive, entre as respostas, a possibilidade de proporcionar a participação à outras pessoas, a mudança de governo e a falta de tempo. Entendo que o fato de romper, na perspectiva de possibilitar à participação ao maior número de pessoas, vem ao encontro da representação democrática, cidadã, permitindo que outras pessoas conheçam, aprendam e vivenciem o exercício do controle social.

Em relação à compreensão dos Conselheiros sobre a participação, evidencia-se a consciência de que este é um espaço que possibilita a interação e a intervenção da sociedade na proposição, no debate e na decisão sobre as políticas públicas na área da saúde. Desvelou os limites que permeiam a participação, bem como a existência do poder. Revelou as fragilidades em relação ao acompanhamento, à fiscalização e à avaliação das ações e/ou políticas públicas deliberadas no Conselho.

O estudo demonstrou que a participação requer elementos imprescindíveis na perspectiva do exercício da participação qualificada, na medida em que apontou a participação como o ensinar-aprender, o envolvimento e o poder.

Compreender a participação como o aprender-ensinar remete a uma necessidade individual identificada pelos Conselheiros a partir da sua práxis, do exercício da representação, e, vem ao encontro do ser humano inconcluso, inacabado citado por Freire.

A complementação dos dados a partir das entrevistas e grupo focal, possibilitou o surgimento de três categorias de análise: o ensinar-aprender, o envolvimento e o poder. Com base nestas três categorias, compreendo que, no Conselho em estudo, elas constituem o tripé que dá a sustentação ao processo de participação. Neste tripé ocorre um complexo sistema de (inter)relações e interdependência que pode, ou não, fortalecer a participação e o controle social.

De maneira sucinta, afirmo que o estudo proporcionou inúmeras informações, em relação à participação no Conselho durante o período estudado. Foi possível constatar que a participação está presente, porém de difícil mensuração, que difere de intensidade conforme o contexto político administrativo. Ao analisar a participação no contexto político administrativo, afirmo que, durante um período, houve uma participação, mais manifesta, mais declarada, mais evidente, motivada e estimulada pelo enfrentamento, pela resistência e pelo conflito, e por que não afirmar, pelo jogo do poder? Participação esta que os conselheiros avaliaram positivamente nas suas falas. No entanto, isto não significa necessariamente que o Conselho era mais atuante, mais resolutivo, debate a que não nos propusemos aprofundar por não ser objeto desse estudo, mas que poderá ser explorado em pesquisas posteriores.

Ao nos referirmos ao período de 2005 até hoje, a organização, a dinâmica do Conselho é diferente do período analisado anteriormente. Funciona a partir de comissões temáticas que se reúnem periodicamente para planejar, propor e analisar, elaborar parecer e trazer as questões para a plenária do Conselho de forma mais elaborada. Não avalio que esta forma de participação é mais ou menos intensa, considero, sim, que ela é mais organizada, garantindo maior agilidade nos processos que envolvem o Conselho. Entretanto, considero que a tomada de decisões nas comissões restringe a participação, uma vez que reduz o envolvimento dos conselheiros às reuniões plenárias, limitando a possibilidade de aprender-ensinar, enfraquecendo seu envolvimento e fragilizando, conseqüentemente, seu posicionamento diante das deliberações. É necessário construir novas estratégias de comunicação nos processos deliberativos dos Conselhos, garantindo que – a partir das informações qualificadas pelo debate nas comissões todos participem efetivamente no processo decisório.

Participar remete a movimento. Constatei, ao longo do estudo, que esta característica está presente na trajetória do Conselho em estudo. Faço esta afirmação baseada nas mudanças da legislação ocorridas durante o período estudado, desencadeadas pelo protagonismo exercido

pelos Conselheiros, na perspectiva de ampliar e democratizar a participação, garantindo maior efetividade do controle social.

E para concluir, considero o princípio da inconclusão do homem. Acredito que este estudo contribui na perspectiva de visualizar possibilidades que venham ao encontro do planejamento de ações que qualifiquem e fortaleçam a participação da sociedade no exercício do controle social e da cidadania. Nesta perspectiva, reconheço como potencialidades os espaços de formação profissional, como as universidades e os cenários de prática, especialmente onde atuam os profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família, a quem recomendo maior envolvimento e comprometimento na construção de políticas públicas na área da saúde. Recomendo, aos profissionais de enfermagem que avancem na organização da categoria para atuar de forma mais ativa nos espaços designados à participação social, ou seja, nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, especialmente, no Conselho de Saúde, objeto deste estudo. Esta recomendação está fundamentada nas diretrizes curriculares da profissão, que prevêm a inserção do profissional enfermeiro no planejamento de políticas públicas na área da saúde, bem como a sua participação na composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ASCHIDAMINI I.M, SAUPE R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, [on line], Curitiba, vol. 9, n. 1, p.9-14, jan./jun., 2004. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1700/1408>. Acesso em: 20/05/2009.

BORDENAVE, J. D. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. (Coleção Primeiros Passos 95).

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 15 ago. 2008.

_____. **Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 15 ago. 2008.

_____. **Resolução CNE/CES nº1133 de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 15/10/2009.

_____. **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, 2002a.

_____. **Guia do conselheiro**: curso de capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html. Acesso em: 22/09/2009

CAMPOS, L. ; WENDHAUSEN, Á. L. P. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto**. Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n.2, p. 271-279, abr.-jun. 2007.

CARVALHO Gilson de Cássia Marques de. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

CHAPECÓ, **Lei Nº 4.300 de 18 de julho de 2001**. Estabelece nova composição e estrutura de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó e da outras providências. Chapecó, 18 de julho de 2001.

_____. **Decreto n. 11.754 de 23 de abril de 2003**. Homologa Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó e da outra providencias. Chapecó, 23 de abril de 2003.

_____. **LEI Nº 5.511 de 13 de março de 2009**. Estabelece nova composição estrutura de Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Chapecó, 13 de março de 2009.

_____. **História do município de Chapecó**, disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br/prefeitura0/index.php?pagina=historia.html&menu=menu_nossa_cidade>. Acesso em: 05/12/2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Resolução n.333/2003, de 04 de novembro de 2003**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde.

Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10/05/2008.

_____. **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, 2005**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/index.html>. Acesso em: 10/05/2008.

_____. **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, 2007-2008**. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13>. Acesso em: 15/10/2009.

_____. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996, que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 20/11/2008.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. ABRASCO. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.05-17, 1998.

DEMO, Pedro. **Sociologia: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

_____. **Participação é conquista**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

Dias, C.. GRUPO FOCAL: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: Estudos**, América do Sul, 10 30 01 2000. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/330/252>. Acessado em: 15/05/2009.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e mudança**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUKS, Mario; PERISSINOTTO, Renato M. Recursos, decisão e poder: os conselhos gestores de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 67-82, fev.2006.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2000. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/dimensoes.php>>. Acesso em: 23/10/2009.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1670-1681 nov./dez., 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sócio política**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n2 p.20-31, maio/ago., 2004.

HERBERT, Sérgio P. Cidadania. In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime Jose (Orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte. Autêntica Editora, 2008.

HICKMAN J.S. Introdução à teoria de enfermagem. In: George, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, **Minidicionário houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

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

KLEBA, Maria Elisabeth; COMERLATTO, Dúnia; COLLISELLI, Liane. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.335-342, 2007.

KLEBA, M. E. et al. **O papel dos conselhos gestores de políticas públicas:** um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó – SC. Disponível em:

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=556>. Acesso em: 07/04/2008

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 07, n.º. 03, p. 19-23, 2002.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.105-121, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local:** sujeito, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 21-44.

_____. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NETO OC, MOREIRA MR, SUCENA LFM. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa:** o debate orientado como técnica de investigação. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

NEVES, Eloita Pereira; GONÇALVES Lucia. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: **Anais do 3º Seminário Nacional de Enfermagem**, Florianópolis, 1984, p. 210-229.

O'DWYER Gilson Cantarino; MOYSÉS, Neusa M.N. Conselhos municipais de saúde: o direito de participação da sociedade civil? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n1, p. 26.1998.

OPAS. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**: Declaração de Alma Ata 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em: maio 2008.

PEGORARO, Olinto A. O que é o ser humano? In: Carneiro, F. (Org.). **A moralidade dos atos científicos – questões emergentes dos comitês de ética em pesquisa**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. disponível em: <http://www.ghente.org/publicacoes/moralidade/ser_humano.pdf>. Acesso em: 18/07/2008.

POLI, Odilon. **Leituras em movimentos sociais**. 2. ed. rev. Chapecó: Argos, 2008.

PONTUAL, Pedro. Caminhos possíveis para a articulação entre os Conselhos. In: SOUTO, Anna Luiza Salles; PAZ, Rosangela (Orgs.). Seminário articulação entre os conselhos municipais: **Anais**. São Paulo, Instituto Pólis/PUC-SP, 2003. 72p. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 12).

PRESOTO, Lucia Helena; WESTPHAL, Márcia Faria. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertiooga – SP. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.68-77, 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. edição revista e ampliada, São Paulo: Atlas, 2007.

SCHMIDT, Vera V. **Sociedade civil organizada, políticas públicas de saúde no Brasil**. Interthesis, v.3.n.1 Florianópolis, jan./jun., 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/viewFile/745/10827>>. Acesso em 20/10/2008.

SEVERO PT, FONSECA AD, GOMES VLO. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, vol. 11, n. 3, p.297-302, jul /set., 2007.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul./dez., p. 20-45, 2006.

STAKE, Robert E. Case study. In: DENZIN, Norman K.; LINCON, Yvonna S. **Handbook of qualitative research**. Townsend Oaks: Sage, 1994, p. 237-253.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Conselhos de políticas públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: Carvalho, Maria do Carmo e Teixeira, Ana Cláudia. **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2000.

_____. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. 3. ed. São Paulo: Cortez. 2001.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínica qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

UNOCHAPECÓ. **Projeto político pedagógico do curso de graduação de enfermagem da UNOCHAPECO**. 2006 (não publicado).

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

WENDHAUSEN, Âgueda L. P.; BARBOSA, Tatiane Muniz . BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde Sociedade**, [on line], vol.15, n.3, p.131-144. Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000300011&script=sci_arttext>. Acesso em 20/06/2009.

WENDHAUSEN, Âgueda e CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 18, nº. 6, p. 1621-1628. nov./dez., 2002.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; RODRIGUES, Ivia. 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**, Brasil, v. 5, n.2, p. 166-174, mai./ago., 2006. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5072/3291>>. Acesso em: 10/03/2009.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; CARDOSO, S. Processo decisório e Conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 579-584, set./out. 2007.

WESTPHAL MF, BÓGUS M, FARIA MM. **Grupos focais:** experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 120(6), 1996.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÉNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS REUNIÕES

Identificação:

Data da reunião:

Hora de início:

Hora do término:

Local da reunião:

Desenvolvimento da reunião:

Houve leitura da ata da reunião anterior e sua aprovação pelos conselheiros presentes? (consensual, conflituosa, quem se manifestou...).

Como foi decidida a pauta da reunião? Permite a inclusão de temas dos conselheiros? (elaborada no momento, elaborada antecipadamente e encaminhada aos conselheiros previamente...).

Como está organizado o local/espço da reunião? Permite uma interação entre os conselheiros? (dispõe de espaço para acomodar a presença de pessoas da comunidade?) (Como se dá a disposição das pessoas, em círculo, auditório? Será elaborado um mapa que permite visualizar a disposição dos conselheiros e visitantes na reunião).

Quais os recursos didáticos utilizados na reunião que estimulam a participação? (data show, retro projetor, fotos, vídeos...).

Quem faz a ata? (Conselheiro? Qual o segmento que representa? Secretária executiva?).

Quem e o que falou na reunião? (descrever com clareza o processo de discussão, a dinâmica, argumentação, contra-argumentação entre os presentes, identificando os conselheiros que participam).

Houve decisão, encaminhamento (com votação) na reunião?

Observar e descrever detalhadamente:

a presença, o comportamento, as proposições de políticas relacionadas à saúde, a fiscalização, as deliberações as conversas informais, os gestos, as expressões, os posicionamento e os questionamentos dos conselheiros envolvidos na pesquisa.

Observações livres do pesquisador.

Observação: Roteiro de observação adaptado da pesquisa A efetividade da participação social nos Conselhos Municipais de Chapecó, desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa de Políticas Públicas e Participação Social da Unochapecó.

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Considerando que:

O espaço do Conselho Municipal de Saúde é um espaço democrático que a sociedade civil conquistou a partir das lutas reivindicando uma participação cidadã.

- A participação da sociedade na gestão das políticas públicas, está amparada nas legislações vigentes em nível nacional e municipal a partir da Constituição Federal de 1988, Lei 8.142/90, Resolução 333/03, Lei municipal 4.300/01; Regimento Interno do CMS, homologado pelo decreto N^o 11.754 /03.

- O CMS é um local de disputas, que envolvem decisões sobre as políticas públicas, especificamente sobre o setor saúde. Saúde considerada a partir dos fatores determinantes e condicionantes da lei 8080/90.

- Conforme Resolução 333/03, os Conselheiros são os representantes legítimos da sociedade civil e do governo, têm como atribuição atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Pergunta Norteadora:

Diante do exposto, como vocês, na condição de representantes legais da sociedade, avaliam a vossa participação no CMS, quanto à: proposição, deliberação, controle e efetivação das políticas públicas?

Pontos a serem contemplados:

Quais as facilidades e dificuldades no exercício da participação?

Qual o seu papel na condição de representante da sociedade/governo?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do pesquisador.

Título do projeto: A compreensão dos conselheiros municipais de saúde sobre a participação social e seus processos.

Pesquisadora: Liane Colliselli

Telefone para contato: (049) 99876595

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Co-Orientadora: Maria Elisabeth Kleba

O Objetivo desta pesquisa é analisar a compreensão que os conselheiros municipais de saúde de Chapecó têm sobre a participação social no respectivo Conselho.

A sua participação na pesquisa consiste em responder um questionário que será realizado pelo próprio pesquisador, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____

CPF _____, abaixo assinado concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data __/__/__.

Nome e assinatura do sujeito: _____

**APÊNDICE E - EXPRESSÕES DE FALAS DOS CONSELHEIROS
ENTREVISTADOS QUE CARACTERIZAM A PROPOSIÇÃO, DISCUSSÃO,
ACOMPANHAMENTO, DELIBERAÇÃO, AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO DAS
ATAS DO PERÍODO DE 2000 A 2009.**

Conselheiro	Expressões de falas	Caracterização da expressão de fala
Prestador	02/2005 [...] não concorda que tantas cirurgias não tenham sido realizadas, pediu empenho do CMS para intervir em melhorias no HRO, faltou empenho da SMS, do CMS dos políticos e dos médicos. Entrevistado 7.	Acompanhamento
Prestador	02/2005ª conselheira [...] questionou ao Dr. [...], se hoje no HRO são realizadas captações de órgãos. Entrevistada 06.	Acompanhamento
Usuária	Ata 06/2002 [...] que nas Policlínicas quando há falta de medicamentos, as enfermeiras encaminham o paciente para ser atendido na Central, porém a Central alega não ter condições de atender a demanda, deixando os pacientes sem medicamentos. Outro ponto é quanto a exames de Endoscopia que são feitos em Nonoai e perguntou o porquê desse exame não ser feito em Chapecó, sendo que seria mais fácil e econômico. Ata 07/2003 [...] perguntou como está sendo feita a distribuição das fichas dos dentistas. Entrevistado 09.	Acompanhamento
Profissional	Ata 15/2005 [...] questionou se houve diminuição no número de acidentes após a instalação das sinalizas e quanto ao pouco tempo do pedestre para atravessar as faixas dificultando aos idosos e deficientes. Ata 08/2003 [...] falou que a comissão irá avaliar o Relatório de Gestão e tentar mostrar [...] aos conselheiros, e acredita que o Conselho pode estar indo até a população para ver as necessidades atuais e construir metas [...]. Entrevistada 03.	Fiscalização Acompanhamento
Prestador	01/2003 [...] acredita que é função do Conselho pedir esclarecimento quanto aos problemas do Hospital e quanto ao item “Obstetrícia“ perguntou o que foi decidido sobre o direito a acompanhantes juntos as parturientes conforme prevê a Lei. 05/2003 Conselheiro sugeriu que o Conselho acompanhe a Auditoria no HRO. 10/2003 O conselheiro trouxe 02 (duas) denúncias por escrito sobre medicamentos trocados fornecidos nas Unidades. Ata 11/03 O conselheiro perguntou sobre o item “Proporção da população coberta pelo programa saúde da família (PSF)” onde notou um aumento na meta de 31,9 para 45 e perguntou se irão aumentar as Unidades de PSF no município. Entrevistado 04.	Acompanhamento Acompanhamento Fiscalização
Usuário	Ata 02/2005 [...] questionou ao Dr. [...] Porque o Uniclínicas não aceita outros procedimentos? E apresentou a proposta, do Uniclínicas atender um terço dos usuários do SUS, sendo 33% procedimentos de alta complexidade, 33% de média complexidade e 33% procedimentos diversos. Entrevistado 02.	Proposição

Conselheiro	Expressões de falas	Caracterização da expressão de fala
Prestador	10/2003 conselheiro acredita que deva ser feito uma avaliação de zoonoses no município. Entrevistado 10.	Proposição
Governo	04/2004 Solicitou que a Direção do HRO faça a prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde dos recursos que são recebidos diretamente do Estado. 02/2005 A conselheira questionou a ausência da equipe médicos do HRO, [...] e ressaltou a importância do aparelho [aparelho para diagnóstico de morte cerebral] ser preciso e o profissional ter segurança em seu diagnóstico; acha que ambos os hospitais devam ser credenciados [transplante de órgãos]. 32/2008 A cons. sugeriu que as propostas aprovadas pela comunidade, na VI Conferência Municipal de Saúde, devem ser atendidas com muito carinho, [...] também transmitiu uma idéia que não é dela mas que considera importante que seja adicionada uma disciplina nas escolas, Saúde e Qualidade de Vida, onde poderão ser trabalhadas várias questões como saúde, educação, segurança e trânsito. Entrevistado 08	acompanhamento proposição
Governo	31/2008 Implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, o conselheiro [...] fez apresentação do NASF conforme Portaria GM 154/2008 [...] o município contará com 4 NASF com possibilidade de serem implantados 5 NASF e os núcleos serão inseridos de acordo com o perfil epidemiológico de cada região. Entrevistado 05	Proposição
Prestadora e Usuária	04/2004 A conselheira defende que o HRO já tem estrutura para a radiologia e não há necessidade de investir dinheiro público com um serviço que já tem, o que a população precisa é exigir que os serviços sejam prestados. Ata 34 2008 a cons. questionou quanto à finalização do HMI. 36 2008 Relato sobre o Pró-Saúde, a cons. representante do CMS no Pró-Saúde explanou sobre o objetivo de incentivar e transformar os processos de formação e de geração de conhecimentos na prestação de serviços à população tanto nas questões saúde x doença quanto na promoção da saúde e na atenção básica. Entrevistado 12	Acompanhamento
Todos os presentes	36/2008 Prestação de Contas do CEREST [...] explicou que as mesmas já tinham sido debatidas e aprovadas na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, a coordenadora do CEREST [...] explicou que conforme legislação da Coordenação de Saúde do Trabalhador – o CMS deve aprovar trimestralmente as contas do CEREST; sendo encaminhada à votação Prestação de Contas do CEREST a mesma foi aprovada por unanimidade de 12 votos.	Deliberação
Governo	02 2001 [...] salientou que o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria da SMS (DGCAA) faz um controle rigoroso sobre os procedimentos, e acredita que a melhor forma dos conselheiros também fazer esse controle é dirigir-se ao DGCAA para conferir os laudos dos pacientes que fazem os tratamentos com os prestadores privados. Entrevistado 11	Fiscalização

Conselheiro	Expressões de falas	Caracterização da expressão de fala
Profissional	01 2001 [...] disse que a questão da construção do hospital municipal materno infantil deve ser discutida porque é uma questão d definição de recursos. 02 2001 [...] comentou sobre o número elevado de atestados de óbito por causas indefinidas e sugeriu que este assunto requer um estudo maior . [...] registrou seu protesto afirmando que a conferência municipal de saúde deve ser paritária com o Conselho. Entrevistado 01	Discussão Avaliação ? Discussão

ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO GUIA

Universidade Comunitária da Região de Chapecó –Unochapecó
Vice-Reitoria de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação
Edital Nº 028/Reitoria/2007

TITULO DO PROJETO:

A Trajetória dos Conselhos Municipais de Políticas Públicas no Município de Chapecó/SC: Uma Abordagem Histórica.

1. PERFIL DOS CONSELHEIROS

Sexo: () masculino () feminino

Indique qual sua idade: _____

Indique o seu grau de instrução:() ensino fundamental incompleto – Anos de estudos concluídos

() ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto – Anos de estudos concluídos

() ensino médio completo

() superior incompleto – Período de estudos concluídos

() superior completo

() Pós-graduação: especialização – mestrado – doutorado

Área de formação: _____(enfermeiro, médico, pedagogo...)

Atualmente qual a sua ocupação profissional:_____

Religião: () Católica () Evangélica () outra.

Qual: _____

Você participou de capacitação para conselheiros municipais de saúde?

() Sim () Não () Quando () Onde

() Carga horária Quem capacitou

Indique que segmento você representava ou representa no

CMS?

() prestador de serviço: Gov não gov

() usuário () profissional da saúde

Qual a entidade que você representa? _____

Quantos mandatos, incluindo o atual, você já exerceu no CMS?

Indique o período de exercício?

Numero de mandatos exercidos: _____

2. PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO

De que forma você iniciou a participação no CMS? (convidado, eleito, indicado, indicado por dirigentes de associação/entidade, eleito pelos membros da sua associação/entidade, indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, indicado por políticos locais, ou outra forma...).

Como foi a sua interação com os demais conselheiros do CMS?

Como se deu/dá a sua participação no CMS (participativo, se dá opiniões/sugestões, se propõem ...)

Como se sente/sentiu com essa forma de participação: _____

O que levou a continuar sua participação do CMS? _____

O que levou/leva você a retornar a participar do CMS? _____

O que levou você a romper com essa participação? _____

O que significa participação para você:

No sentido geral? _____

No próprio Conselho: _____

Diante da vivência de sua participação como conselheiro:

Quais foram as facilidades? _____

Quais foram as dificuldades? _____

Que outras considerações gostaria de fazer:

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM 23/07/2007



Universidade Comunitária Regional de Chapecó
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer n°. 059/2007
Pesquisador responsável: Dunia Comerlatto
Registro no CEP: 088/2007
Situação: APROVADO

Atendendo a Resolução nº 196/96, do Conselho nacional de saúde – CNS -, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária de Chapecó – UNOCHAPECÓ, analisou na reunião do dia 17/07/2007, o protocolo de pesquisa nº 088/2007, referente ao projeto de pesquisa: **A TRAJETÓRIA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC: O PROCESSO DE CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC.**

O projeto visa: *Caracterizar o processo de criação e consolidação dos conselhos municipais de políticas públicas no município de Chapecó/SC com vistas a compreender aspectos inerentes à inserção social.* Para isso, parte de objetivos específicos que tem como meta: Descrever os fatos e acontecimentos históricos relacionados com a criação e existência dos conselhos municipais para uma compreensão do processo de constituição desses conselhos. Identificar, do período do surgimento dos conselhos até a atualidade, o papel exercido pelos conselhos municipais na produção e reprodução das relações sócio-institucionais e na formulação de propostas políticas para responder os interesses coletivos.

O projeto se propõe, através de entrevistas individuais e coletivas e análise de documentos, a caracterização histórico-social dos conselhos municipais de saúde (e de seus atores) da cidade de Chapecó/SC.

Mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, segundo orientação da Resolução nº 196/96/CNS, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**.

Chapecó, 23 de julho de 2007.


Roberto Deitos

Coordenador do Comitê de Ética

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM 08/04/2009

 <p>UNOCHAPECÓ UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ</p>	<p>PROFESSOR ASSOCIADO S. CARLOS, PARANÁ 91300-000 FONE: (41) 3235-1100 FAX: (41) 3235-1100</p>	<p>COORDENADOR GERAL COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNOCHAPECÓ</p>
<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARECER CONSUBSTANCIADO</p>		
<p>Responsável (O) Responsável: Luana Collares Decreto de CPE: 002009 Status: APROVADO</p>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cândido Rondon Hospital de Chopelá – UNOCHAPECÓ – analisou o protocolo de pesquisa Nº: 007000, referente ao projeto de pesquisa: “A COMPRENSÃO DOS CUIDADOS MÚLTIPLOS MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL”.</p>		
<p>Após análise, a comissão aprovou a solicitação, a qual foi aprovada em reunião de 08/04/2009, com o status de parecer favorável à realização do projeto, classificando como APROVADO – para o momento atual, com o seguinte parecer: “O Comitê de Ética em Pesquisa aprovou o protocolo de pesquisa sob o nº 007000, com o seguinte parecer: favorável à realização do projeto”.</p>		
<p>Por isso, o parecer é emitido em 08/04/2009, com o status de parecer favorável à realização do projeto, classificando como APROVADO.</p>		
<p>Chopelá, 08 de Abril de 2009.</p>  <p>Luana Collares Coordenadora do Comitê de Ética</p>		
<p>SECRETARIA DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNOCHAPECÓ Rua Getúlio Vargas, 333 – 91300-000 – Chopelá – Paraná – Fone: (41) 3235-1100 e-mail: etica@unochapeco.edu.br</p>		

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](#)