



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

CAMILA CAVALCANTE ROLIM

**A REPRESENTAÇÃO NOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: AS PERSPECTIVAS DE CONTROLE
SOCIAL NA SAÚDE**

JOÃO PESSOA – PB

2014

CAMILA CAVALCANTE ROLIM

**A REPRESENTAÇÃO NOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: AS PERSPECTIVAS DE CONTROLE
SOCIAL NA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB em cumprimento às exigências parciais para obtenção do grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Tavares da Silva

JOÃO PESSOA – PB

2014

CAMILA CAVALCANTE ROLIM

**A REPRESENTAÇÃO NOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: AS PERSPECTIVAS DE CONTROLE
SOCIAL NA SAÚDE**

Aprovada ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Gustavo Tavares da Silva
CCHLA-DSS- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal da Paraíba- PPGSS/ UFPB
(Orientador)

Patrícia Barreto Cavalcanti
CCHLA- DSS- Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade
Federal da Paraíba- PPGSS / UFPB
(Examinadora Interna)

Ana Paula Rocha de Sales Miranda
CCHLA- DSS- Departamento de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal
da Paraíba- UFPB
(Examinadora Externa)

JOÃO PESSOA – PB

2014

Se não fazemos uso dos nossos direitos, eles sofrem um processo de descredibilidade, deixam de ter importância, de cumprirem sua função, tornam-se letra morta (OLIVEIRA, 2004).

AGRADECIMENTOS

Esse momento da dissertação é o mais agradável, pois terei como homenagear pessoas importantes na construção desse trabalho. O mestrado fez parte de uma conquista de muita dedicação e ousadia. Neste sentido, quero inserir nesse texto aqueles que durante todo o trajeto percorreram as entrelinhas dessa trajetória.

- * A Deus pai todo poderoso pela sua misericórdia em minha vida;
- * Aos meus pais Gilberto e Geralda que me permitiram sonhar, pelo amor incondicional e na expectativa dos sonhos que meus filhos terão;
- * Aos meus irmãos Thiago e Kaio por existirem em minha vida;
- * Ao meu sobrinho Murillo por proporcionar a doçura dos meus dias;
- * Aos meus familiares maternos e paternos por estarem sempre na torcida;
- * A Bento, Clidenilda, Kaull, Gerusa e Nicolle por me acolherem quando eu mais precisei em João Pessoa- PB e pelo incentivo diário;
- * As minhas amigas Juliana (prima), Jullymara e Merilin pelo companheirismo e por acalmar meu coração;
- * Ao professor e orientador Gustavo Tavares da Silva pelo apoio, pela humildade e principalmente por ter sido um dos motivos propulsores dessa concretização;
- * As professoras Patricia Barreto e Maria de Lourdes Soares pela afinidade e carinho durante essa trajetória;
- * A professora Ana Paula Rocha pela disponibilidade de compor a banca e principalmente por contribuir de forma tão singela na concretização do estudo;

* Aos amigos do mestrado que diariamente compartilharam a felicidade de estar vivenciando esse momento tão sublime: Mayara, Anmaina, Gabrielle, Marcia, Liana, Sebastião, Sedru (Sedruoslen), Katarina, Angela, Itala, Merilainy, Cristina e Juliane;

* Ao Núcleo de Apoio e Gestão Estratégica Participativa (NAGEP) na pessoa de Kelly que possibilitou de todas as formas acompanhamento e informação desde 2011 quando adentrei no objeto de pesquisa;

* Aos Conselheiros Distritais de Saúde dos cinco distritos sanitários da cidade de João Pessoa- PB pela disponibilidade em todas as fases da pesquisa;

* A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e o Programa de Expansão das Universidades Federais (Reuni) CAPES/ REUNI pelo suporte financeiro tão fundamental no cumprimento das atividades deste estudo.

Muito obrigada a todos vocês por fazerem parte da concretização de uma etapa tão importante em minha vida.

RESUMO

O Conselho Distrital de Saúde (CDS) é um espaço consultivo, paritário e tem por finalidade possibilitar a participação da população no acompanhamento das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação de espaços dessa natureza tem por finalidade o processo de descentralização e a importância do controle social na política de saúde. A representação no CDS é o objeto de estudo deste trabalho entendendo como parte importante no processo decisório associado a participação da população. Por esta razão, o caráter inédito do CDS no município de João Pessoa-PB revela a importância dessa construção teórica, mas principalmente para proporcionar aos conselheiros distritais uma análise profícua das potencialidades e limites do processo deliberativo da representação. O estudo inseriu-se nos pressupostos de uma análise quanti-qualitativa de pesquisa, baseado nos princípios da análise de conteúdo, com abordagem descritiva e exploratória. O universo do estudo foi às reuniões, encontros e plenárias dos CDS de João Pessoa- PB. A primeira etapa da pesquisa teve como pressuposto a análise documental para identificar dois CDS com características de maior e menor representatividade. Posteriormente, foi aplicado o formulário com os conselheiros de ambos os CDS com características de maior e menor representatividade, ou seja, 6 sujeitos de cada CDS o que equivale a 12 sujeitos pesquisados. Sob o enfoque quantitativo foram elaboradas tabelas para apresentar os resultados da pesquisa associado à perspectiva qualitativa na análise e exposição do posicionamentos dos sujeitos pesquisados. A pesquisa possibilitou identificar o processo de implantação, legitimação e organização dos conselhos distritais de saúde no município de João Pessoa-PB desde 2011, período de sua implantação até o momento da pesquisa em 2013. Conforme indica o estudo, a representação dos conselheiros encontra-se no patamar de tutela, pois ao passo que a criação desses espaços fomenta o controle social e participação da sociedade civil, o efeito é o inverso e a população visualiza esses representantes como os únicos responsáveis pela discussão da política de saúde no distrito sanitário. Outra questão importante é com relação a falta de resolutividade para as deliberações nos CDS e a necessidade de publicização das reuniões. Nota-se que estes CDS possuem uma vitalidade inegável para a política de saúde do município de João Pessoa- PB e que seu caráter inédito não está atrelado a ideia de sua fragilidade, mas afirma questões tradicionais enraizadas nos processos culturais, políticos e ideológicos. Enfatizamos a importância de uma maior reflexão sobre a qualificação da atuação dos representantes e as possibilidades que estes espaços podem fornecer quando são entendidos pela ótica da democracia participativa.

Palavras- chave: Representação. Conselhos Distritais de Saúde. Participação. Controle Social.

ABSTRACT

The District Health Council (CDS) is a consultative, joint space and aims to facilitate public participation in monitoring the actions and services of the Unified Health System (SUS). Creating spaces such aims the decentralization process and the importance of social control in health policy. The representation in CDS is the object of study of this work understood as an important part in the decision making process associated with participation. For this reason, the unprecedented nature of the CDS in the city of João Pessoa-PB reveals the importance of this theoretical construct, but mainly to provide district councilors fruitful analysis of the potential and limits of the deliberative process of representation. The study was part of the assumptions of a quantitative and qualitative research analysis, based on the principles of content analysis with descriptive and exploratory approach. The universe of the study was to meetings and plenary meetings of CDS João Pessoa-PB. The first stage of the research was to document analysis assumption for CDS to identify two characteristics of high and low representativeness. Later, it was applied in the form with advisers from both CDS features of larger and smaller representation, ie, 6 subjects in each CDS equivalent to 12 subjects studied. Under the quantitative approach tables have been prepared to present the search results associated with qualitative perspective in the analysis and exposure of the placements of the subjects studied. This research allowed us to identify the deployment process, legitimacy and organization of district health councils in João Pessoa-PB since 2011, the period of its implementation until the time of the survey in 2013. As the study indicates, the representation of the counselors found on the level of protection because while creating these spaces encourage social control and participation of civil society, the effect is the reverse and the population view these representatives as solely responsible for the discussion of health policy in the health district. Another important issue is related to the lack of resoluteness deliberations in CDS and the need for publicizing meetings. We notice that these CDS have an undeniable vitality to the health policy of the city of João Pessoa-PB and its unprecedented nature is not tied to the idea of their fragility, but affirms traditional issues rooted in cultural, political and ideological processes. We emphasize the importance of further reflection on the qualification of the performance of Representatives and the possibilities that these spaces can provide when understood from the perspective of participatory democracy.

Keywords: Representation. District Health Boards of. Participation. Social Control.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários na Cidade de João Pessoa- PB	84
Figura 2 - Composição Paritária dos Conselhos Distritais de Saúde	87
Figura 3 - Conselhos Municipais de Saúde e Constituição Federal/1988	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Especificação das regiões dos distritos sanitários	85
Quadro 2- Especificação da documentação analisada dos CDS	86
Quadro 3- Especificação do conteúdo das atas do conselho distrital I	91
Quadro 4- Especificação do conteúdo das atas do conselho distrital II	92
Quadro 5- Especificação do conteúdo das atas do conselho distrital III	93
Quadro 6- Especificação do conteúdo das atas do conselho distrital IV	94
Quadro 7- Especificação do conteúdo das atas do conselho distrital V	95
Quadro 8- Especificação do critério de mais e menos representativo com base na análise documental	97

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Os sujeitos pesquisados dos CDS II e V	98
Gráfico 2- A idade dos sujeitos pesquisados CDS II e CDS V	99
Gráfico 3- A escolaridade dos Conselheiros Distritais	100
Gráfico 4- A presença do sexo feminino e masculino nos CDS	101
Gráfico 5- O tempo no CDS II	102
Gráfico 6- O tempo no CDS V	102
Gráfico 7- O CDS e o fortalecimento da democracia	104
Gráfico 8- A função consultiva e deliberativa e a efetividade do CDS	106
Gráfico 9- Subordinação e autonomia do CDS II	108
Gráfico 10- Subordinação e autonomia do CDS V	108
Gráfico 11- A relação do CDS com o CMS	109
Gráfico 12- As ações da gestão municipal e as deliberações do CDS	110
Gráfico 13- O papel do CDS na resolução das deliberações	111
Gráfico 14- A função do Conselho Distrital de Saúde	112
Gráfico 15- A organização do CDS e as condições para deliberar	113
Gráfico 16- A existência de dificuldade em estar presente nas reuniões	114
Gráfico 17- A divulgação das reuniões do CDS para a população	116
Gráfico 18- O conhecimento do CDS pelo município e o distrito sanitário	118
Gráfico 19- A participação da comunidade no CDS	120
Gráfico 20- A divulgação das ações do conselho distrital de saúde	121
Gráfico 21- A participação da sociedade civil organizada no CDS	123
Gráfico 22- A importância do conhecimento sobre a política de saúde na deliberação	124
Gráfico 23- A capacidade de influenciar nas decisões do CDS	126
Gráfico 24- O conhecimento da história de construção do CDS	127
Gráfico 25- O conhecimento das demandas no distrito sanitário	129
Gráfico 26- A frequência que propõe assuntos no CDS	130
Gráfico 27- A Discussão dos pontos de pauta antes das reuniões com a população	131
Gráfico 28- A informação das deliberações para a população	131
Gráfico 29- O conhecimento do regimento interno	133
Gráfico 30- O conhecimento das atribuições do conselheiro distrital	134
Gráfico 31- O conhecimento sobre o plano de saúde municipal	135
Gráfico 32- A presença nas reuniões do CDS	136
Gráfico 33- O estabelecimento dos pontos de pauta nas reuniões	137
Gráfico 34- A existência do curso de capacitação para os conselheiros distritais	138
Gráfico 35- A importância de capacitação	139
Gráfico 36- O resultado nas deliberações do CDS	141
Gráfico 37- O motivo que impulsionou a participar do CDS	145
Gráfico 38- A atuação no Conselho Distrital de Saúde II e V	146
Gráfico 39- A importância de participar no CDS	147
Gráfico 40- O papel do conselheiro distrital no fortalecimento da democracia	

LISTA DE SIGLAS

CCS- Centro de Ciências da Saúde
CDS- Conselho Distrital de Saúde
CF- Constituição Federal
CLS- Conselho Local de Saúde
CMS- Conselho Municipal de Saúde
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DS- Distrito Sanitário
NAGEP- Núcleo de Apoio e Gestão Estratégica e Participativa
OMS- Organização Mundial da Saúde
PB- Paraíba
SMS- Secretaria Mundial de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
UFPB- Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

CAPITULO I- A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO BRASIL: O PROJETO SANITARISTA COMO VIA DE CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PARTICIPAÇÃO CIDADÃ

1.1. A Reforma Sanitária e a questão democrática.....	17
1.2. Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas no Brasil: interlocução com as bases?.....	25
1.3. Conselhos Distritais de Saúde no município de João Pessoa- PB.....	43

CAPITULO II- A DEMOCRACIA DELIBERATIVA COMO ALTERNATIVA DO IDEAL DEMOCRÁTICO

2.1. Teóricos da Democracia Deliberativa: para entender o processo.....	51
2.2. Representação versus Participação: articular para não excluir?	71

CAPITULO III- CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA- PB

3.1. Delineamento teórico- metodológico do estudo no CDS.....	81
3.2. A configuração do CDS.....	87
3.3. O processo de deliberação do CDS: a dinâmica de funcionamento e análise de atas.....	90
3.4. O perfil dos conselheiros do CDS.....	97
3.5. A organização e funcionamento do CDS.....	103
3.6. A relação do CDS com a comunidade.....	117
3.7. O processo de deliberação no CDS.....	123
3.8. A representação como instrumento de participação no CDS.....	143
3.9. A representatividade no CDS.....	151
3.10. Os limites, desafios e possibilidades do CDS: um confronto entre o modelo deliberativo e a prática vivenciada	154

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS.....	161
-------------------------	------------

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como finalidade promover a reflexão sobre a representação nos Conselhos Distritais de Saúde (CDS) de João Pessoa- PB. A iniciativa de discutir sobre a temática tem como subsídio os estudos desenvolvidos no Grupo de Pesquisa e Regionalização- GRUPHIR na linha de pesquisa Democracia Participativa e Poder Local pela Universidade Federal da Paraíba- UFPB.

Portanto, esses espaços são inéditos no município e consolidam a possibilidade de fomentar a democracia participativa. A proposta de sua criação está consolidada no documento “Participa SUS” que tem como objetivo descentralizar os espaços de discussão e efetivar uma interlocução mais direta entre o CDS e a sociedade civil na discussão da política de saúde. A perspectiva de estimular uma atuação politizada e qualificada amplia a possibilidade de deliberar e desenvolver o controle social na política de saúde dos distritos sanitários.

Neste sentido, o “Participa SUS” é uma política que orienta as ações na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como desígnio ampliar a participação popular na gestão do SUS mediante a implantação de mecanismos inovadores de participação social.

Em João Pessoa-PB a criação do CDS ocorreu por meio da resolução 04/2010 (anexo) resultado de uma discussão realizada no seminário sobre participação popular na saúde em 18 de setembro de 2009 tendo por base a realidade de outros estados que já tinham instituído o CDS. Portanto, mediante o regimento interno os CDS são espaços paritários e consultivos localizados nos cinco distritos sanitários do município de João Pessoa- PB, a saber: Cruz das Armas, Cristo, Mangabeira, Bairro dos Estados e Miramar.

A discussão desse estudo tem como premissa basilar a temática da representação no CDS. Neste sentido, a reflexão sobre os CDS e a representação dos conselheiros reflete os conceitos de deliberação, participação e controle social.

Discutir acerca da representação nos conselhos distritais de saúde é enfatizar a postura dos conselheiros e entender como vem sendo desenvolvida e entendida. A pesquisa vai discutir a representação nos CDS e analisar a viabilidade da

descentralização, a participação da comunidade juntamente com os conselheiros e os limites e possibilidades vivenciados nas rotinas dos CDS.

O percurso metodológico do estudo pautou-se por duas etapas, a saber: A primeira etapa teve início a partir de agosto de 2011 com o objetivo de realizar a análise do CDS mais representativo e o menos representativo enquanto deliberação. Através do estudo da literatura sobre a temática, o acompanhamento das reuniões dos cinco CDS, o estudo documental de atas das reuniões, o regimento interno e outros registros, obtivemos a conclusão de que o II é o espaço de menor representatividade e o V é o de maior representatividade.

A segunda etapa ocorreu a partir de junho de 2012 e teve como pressuposto aplicar o formulário com os sujeitos da pesquisa dos CDS II e V respectivamente e realizar análise dos dados coletados com a finalidade de refletir sobre os objetivos da pesquisa.

A temática do controle social nos conselhos gestores é algo bastante debatido na literatura, mas dentro desse arsenal optamos por discutir os CDS por entender que a reflexão é muito ampla e tem significativa importância. Neste sentido, o estudo buscou atribuir visibilidade aos elementos que compõe a representação associado à participação e à deliberação, pois entendemos que estes instrumentos devem atuar de forma complementar.

O estudo está estruturado em três capítulos. No capítulo inicial, buscamos nortear o leitor acerca do projeto sanitaria como via de construção dos instrumentos de participação cidadã. O percurso desse desenho baseia-se no princípio da trajetória do projeto sanitaria como processo de efetivação do direito e principalmente como bandeira de luta democrática. Entendemos que a reforma sanitária ainda é um processo em vigor e as lutas desencadeadas continuam historicamente perpetuadas.

Sobre a temática do projeto sanitaria é importante refletir a forma como esse movimento trouxe para a arena a universalização da saúde associada à luta pela democracia e por seu turno a condição para a saúde como direito de cidadania.

Ainda no primeiro capítulo realizamos uma reflexão com base na legitimação da participação popular através dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas como espaços plurais, deliberativos, participativos e representativos. Todavia, diante dos desafios e impasses que estes espaços vivenciam os Conselhos Distritais de Saúde surgem como alternativa aos problemas vivenciados, principalmente no tocante ao

distanciamento entre representantes e representados. Portanto, o nosso trabalho – diante de um arsenal de questões vivenciadas pelos espaços de controle social – reflete dentro da engenharia institucional dos CDS a ideia de representação e participação como processo complementar e se essa deliberação pública é alheia à sociedade civil.

O segundo capítulo aponta para uma reflexão acerca dos teóricos da democracia deliberativa. Esses estudiosos apresentam um modelo de democracia deliberativa que através do agir, dialogar e do deliberar fortalecem o processo decisório na tentativa de desenvolver o debate argumentativo na análise da política pública. É importante ressaltar que o espaço dos Conselhos Distritais de Saúde em João Pessoa- PB não apresentam como normatividade o caráter deliberativo – é consultivo – mas o modelo deliberativo que estes autores apresentam no decorrer do capítulo é sobre o ato, o fazer, o debate e a articulação dos cidadãos na arena de discussão das políticas públicas.

Deste modo, acreditamos que através da participação ativa, o cidadão torna-se mais informado acerca do sistema político, amplia seu horizonte para além de seu estreito interesse pessoal para considerar um bem público maior. A teoria participativa enfatiza a função educativa da participação em assuntos comunitários e políticos por desenvolver nos cidadãos o compromisso com o controle social.

O terceiro capítulo intitulado: “Conselhos Distritais de Saúde no Município de João Pessoa- PB” apresenta o estudo de campo realizado com os conselheiros distritais de saúde II e V do município de João Pessoa- PB e os resultados desencadeados para essa finalidade.

A partir do desenvolvimento da pesquisa teórica e de campo no que se refere à representação nos CDS é possível compreender que a participação institucionalizada vem se dando de forma cada vez mais consolidada em lei, no entanto, a dinâmica de funcionamento desses espaços apresenta peculiaridades que servem de subsídios para estudos e análises sobre participação, representação e controle social na saúde. Portanto, esta pesquisa não se apresenta no seu estágio conclusivo, mas, sobretudo evidenciamos que esta temática está em aberto para novas pesquisas.

CAPÍTULO I: **A Participação Política no Brasil:** o projeto sanitarista como via de construção dos instrumentos de participação cidadã

A conjuntura do movimento de reforma sanitária vivencia a ditadura e a denuncia do autoritarismo junto às instituições e práticas de saúde e reflete por meio do projeto reformador da saúde a democracia como parte da democratização da vida social e do Estado. “A luta pela saúde foi utilizada como tática para enfrentamento contra a ditadura, quando surgiu com força o lema que juntava saúde e democracia” (ESCOREL, 1999 *apud* GASTÃO, 2009, p. 52).

Neste sentido, iniciar a discussão sobre a reforma sanitária e, portanto sobre a participação política no Brasil especificadamente na política de saúde é fazer menção a importância da militância política em torno da saúde pública e dessa forma visualizar o controle social como vital ao processo de luta na consolidação dos direitos sociais. Deste modo, o trajeto da manifestação política do projeto sanitarista consolidou a associação de saúde e democracia e através da carta magna a efetivação dos espaços participativos no Brasil.

1.1. **A Reforma Sanitária e a questão democrática**

O projeto sanitarista no Brasil amplia a perspectiva de uma transição democrática na política de saúde. Essa perspectiva tem suas origens nos primeiros anos da ditadura militar e pauta-se por um movimento que tem como finalidade realizar uma reforma no setor da saúde associado aos pressupostos democráticos.

A Reforma Sanitária tem sido tratada através de diversos termos conceituais. Isso implica na compreensão de que se trata de movimento, proposta, projeto e processo. Esses conceitos se completam em termos práticos. A Reforma Sanitária como uma proposta conclui um conjunto de princípios e proposições. A ideia de projeto se consubstancia num conjunto de políticas articuladas que demandam uma consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda considerada como um processo porque a proposta

estabelecida não se resumiu aos arquivos e bibliotecas, mas transformou-se em bandeira de combate, articulada a um conjunto de práticas e um projeto político-cultural (PAIM, 1997).

A reforma Sanitária brasileira tomou como ponto de partida o caráter dual da saúde. Essa concepção se apresenta na possibilidade de ser visualizada tanto pelo panorama de “valor universal” como “núcleo subversivo” do arcabouço social. No tocante ao “valor universal”, torna-se uma arena privilegiada para a construção de alianças suprapartidárias, ou seja, que esta acima de qualquer partido e que defende os interesses de várias classes, sendo, portanto, policlasistas. A ideia de núcleo revolucionário da estrutura social indica a possibilidade continuada e inacabada em um processo de construção social de uma utopia democrática (FLEURY, 2009).

A conjuntura do movimento de reforma sanitária vivenciava a ditadura e a denuncia do autoritarismo junto às instituições e práticas de saúde. Refletia-se ainda, por meio do projeto reformador da saúde a democracia como parte da democratização da vida social e do Estado (PAIM, 2009). “A luta pela saúde foi utilizada como tática para enfrentamento contra a ditadura, quando surgiu com força o lema que juntava saúde e democracia” (ESCOREL, 1999 *apud* GASTÃO, 2009, p. 52).

Neste sentido, se a questão travada refletia a universalização da saúde ligada a luta pela democracia, assim a democracia se apresenta como condição para a saúde como direito de cidadania (FLEURY, 2009).

Poderíamos concordar que a reforma Sanitária extrapolou o setor saúde (GERSCHMAN, 2004), pois se constituiu como paradigma político da noção de reforma no âmbito das políticas sociais e na viabilidade de transformação nas instituições estatais e a relação entre reforma e democracia.

A participação social no momento de efervescência da reforma sanitária aconteceu em torno de organizações que provocaram o movimento, mas, ainda é importante destacar que essa participação se dava de forma seletiva apesar de que o movimento popular em saúde tenha participado. A presença nessa arena de militância reuniu intelectuais, profissionais da área de saúde e organizações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal e que só podia ser concretizado através da reformulação do sistema para atingir a universalização e equidade do acesso.

A universidade foi um canal muito importante para a expressão política na época ditatorial, pois com o fechamento dos canais de expressão política a instituição passa a

atuar como principal espaço de contestação em torno do governo autoritário. No Brasil a base social está concentrada desde sua gênese nos âmbitos intelectuais e da burocracia pública ampliando essa composição com a inclusão das organizações sindicais e dos movimentos populares (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995).

O movimento sanitário faz parte de uma experiência originada desde os anos de 1970, no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) propagando a luta pela saúde pública.

Não obstante, o projeto sanitarista não se reduziu a vertente de produzir teoricamente um novo saber, mas, sobretudo, possibilitou em todos os momentos incorporar a produção científica na busca de novas práticas políticas e a propagação ideológica de uma nova consciência sanitária.

Para além dessa confirmação é relevante ressaltar que em um longo período da história a política de saúde ganhou destaque quanto ao seu arsenal de luta e perspectiva de democratização pela discussão e participação democrática. A saúde como política pública deixou de ser interesse apenas dos técnicos e profissionais da área para assumir o viés de uma dimensão política vinculada à democracia.

De acordo com Teixeira e Mendonça (1995) desde o início dos anos 70 ocorria uma acentuada tendência relativa à organização do sistema de saúde. Essa questão pode ser definida por questões, a saber: a extensão da cobertura previdenciária, a reorientação da política nacional de saúde para uma prática médico curativo-individual, o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade, a viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos e ainda essa organização do sistema de saúde estava envolvida pelo fortalecimento do setor privado, apoiado e financiado em grande medida pelo Estado, em detrimento da saúde pública, já pífia.

A partir de 1975 o modelo econômico dos governos apresenta seus primeiros sinais de falência. A sociedade passou a viver um clima de crescente mobilização e organização na luta pela redemocratização. No início dos anos 80 se apresenta a crise financeira da Previdência Social e a crise do modelo privatizante do setor saúde. Nesse embate o movimento sanitário foi o único grupo capaz de proporcionar respostas e

alternativas concretas para a formulação do sistema de saúde (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995).

O movimento de Reforma Sanitária perpassou pela lógica continuada de um projeto técnico- político democrático em torno de diretrizes e princípios organizativos de um sistema público, universal e integral de saúde. É por esta razão que com base na vertente político- ideológica o movimento sanitário tencionou a compreensão e a dimensão da política de saúde associada à concepção ao direito público e universal. No entanto, ainda faltava algo.

A fragilidade do movimento sanitário decorria principalmente da incapacidade de ampliar suas bases de apoio, de forma a englobar os supostos principais interessados na mudança da política de saúde: a população deserdada pelo modelo econômico altamente concentrador levado a cabo pelos governos autoritários. Na realidade, a população mais pobre, além de estar voltada para a busca imediata da sua sobrevivência, apresentava um baixo nível de organização e participação política (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 207).

A necessidade de apoio e construção junto com a população usuária se destacou como uma lacuna no projeto sanitarista. É bem verdade que tanto as necessidades como as medidas de saúde para a população usuária devem apresentar de forma adjacente, mas é importante compreender que nem as conquistas e nem o resultado da organização política aparecem no imediatismo.

Acrescentamos ainda que a "baixa participação política" da população em geral, não é algo descolado da realidade, nem resumido apenas à sua preocupação com questões práticas de sobrevivência daqueles que compõem a classe que vive do trabalho, mas das raízes históricas de composição dos Estados nacionais que, no caso brasileiro, sempre manteve distanciamento em relação à população em geral, atendendo de forma restrita os interesses das oligarquias econômicas e políticas.

O percurso histórico da política de saúde e os embates do movimento sanitário foram fundamentais para a evolução das propostas e práticas de participação e na formação da perspectiva crítica. Como resultado, de um lado se tinha o aspecto de leis que normatizassem o direito a saúde num teor para além da concepção restrita de saúde-doença e de outro, o tencionamento de uma política de saúde com a pactuação da sociedade civil. Mas, o destaque central nesse momento de efervescência se refletia na militância popular.

[...] desde o processo pré-8ª CNS, pré Constituinte, Constituinte e pós-Constituinte, com a regulamentação, se não houvesse a participação da militância política, dos movimentos sindicais e do movimento popular, não haveria o sistema de saúde, não haveria o SUS. Essa proposta, toda ela, nasce com o pressuposto de que a participação popular influencia na formulação e a participação popular é o elemento estruturante dentro desse sistema. (JORGE *apud* FALEIROS *et al*, 2006, p. 96).

A força da população e do sistema de saúde como diretriz significa para “Nelsão” (*apud* FALEIROS *et al*, 2006) que o debate do “movimento sanitário” é “uma utopia com lugar”.

Hoje, rotulo os anos 1980 de “anos dourados”, dourados não de realizações prontas e de um Estado pronto democratizado e uma sociedade perfeita, mas dourados pelo que se teve de uma utopia pela qual lutar, pela capacidade e possibilidade de agregar segmentos da sociedade dos mais diversos, dos mais baixos aos mais altos, em torno de uma utopia de uma sociedade nova, de um estado democrático (p. 100).

Ainda que não tenha sido materializado tudo o que se lutou e esperou do movimento desencadeado nos anos 80, permaneceu, contudo a vitalidade dessa luta na memória dos cidadãos que fizeram parte desse momento. A busca por um novo Estado, uma nova sociedade e contra o período ditatorial resumem a utopia com lugar dos militantes nos anos “dourados”. O movimento popular apresenta-se como protagonista histórico e porta voz das necessidades sociais e apresenta-se como uma força crucial e motivadora para arregimentar as forças políticas e entender que a interlocução com as sociedade civil faz toda a diferença quando se busca conjugar saúde e democracia.

Uma coisa importante que nós aprendemos, quando começamos a trabalhar com o movimento popular, ainda em 1975, é que a população não era bicho, não ameaçava. E a gente aprendeu que, quando a população empurra, o sistema de saúde anda. Quando a população para, o sistema para. Quem sabe dos problemas lá no local é a população, não somos nós sanitaristas daqui, que sabemos (GUEDES *apud* FALEIROS *et al*, 2006, p. 99).

A linha de ação dos militantes sanitaristas considerava a ocupação dos espaços institucionais e a formulação ativa de políticas de saúde pública como processo interligado a participação popular. Neste sentido, o pressuposto da discussão sobre a política de saúde está interligado a importância da manifestação do próprio usuário.

Essa dimensão de totalidade na busca por um sistema de saúde pública tem suas dimensões na própria realidade social.

Os avanços em torno da militância popular e histórica no âmbito da saúde até aqui apontadas resultaram de uma militância e de uma estratégia política envolvendo desde setores da categoria profissional médica até movimentos sindicais de variada natureza (COHN, 1989).

É oportuno citar que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde¹ (CEBES) se apresentou como mecanismo importante para difundir as perspectivas de mudanças no setor saúde e se consolidou como marco no movimento de reforma sanitária. O CEBES,

[...] consegue agregar, aglutinar, congregar, conduzir, e até comandar o movimento e engajamento crescente não só de sanitaristas, mas de todos os estudiosos de saúde, inclusive da chamada medicina assistencial dos hospitais públicos, de ensino, e privados da área da previdência social – INAMPS à época (NELSÃO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 57).

Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde foi o marco inédito nesta conjuntura. O caráter de originalidade oferece a perspectiva de até então a sociedade brasileira não ter sido convocado pelo poder executivo para discutir políticas e programas de governo. Portanto, a VIII CNS é considerada como “[...] outra etapa do processo de luta pelo direito à saúde” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 82).

A abertura democrática na VIII Conferência demonstrou a possibilidade na história da participação de trabalhadores e da população tendo como marco “Democracia é Saúde”. Isso implica entender que o direito universal à saúde deveria ser atrelado pelo direito à participação no poder (CARVALHO, 1997).

A Constituição Federal de 1988 e a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) decreta a saúde como direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Para tanto, a luz da conquista da saúde como direito público é importante refletir sobre as forças políticas do SUS e como vem

¹ Para Teixeira e Mendonça (1995) o CEBES criado em 1976 constitui um instrumento articulador com outros movimentos no setor saúde em torno da participação nos encontros de saúde. Ao lado, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) criada em 1979, teve como perspectiva de desenvolver um espaço de organização da prática acadêmica e crítica na construção e reorganização do sistema de saúde.

sendo desencadeada a política de saúde na perspectiva do resultado e a constante luta pela democratização cidadã.

Um dos elementos particulares a propósito da implantação do SUS e a materialização de uma nova ideia sobre saúde referem-se à ampla influência que o segmento da sociedade civil organizada desempenhou. O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142/90) fazem parte de um arsenal de conquistas que teve como resultado a ação da sociedade brasileira organizada. Portanto, o “[...] SUS não foi uma iniciativa de governo, de partido político, nem do Estado” (PAIM, 2012, p. 02).

Paim (2012) faz um balanço significativo sobre o SUS e sobre o propósito dos desafios postos ao sistema de saúde atualmente. Desta forma, se por um lado o SUS e o movimento sanitário apresentaram características com base em ações preventivas, promocionais e, sobretudo com perfil de participação social, por outro, passados mais de vinte anos de sua concretização legal persistem alguns embates que comprometem seu caráter de universalidade a exemplo da instabilidade financeira da política pública de saúde e a posição dos gestores.

Para o supracitado é necessário refletir outra institucionalidade do SUS. As causas visíveis e rotineiras no sistema de saúde, principalmente no aspecto organizacional que suscitam um novo reordenamento organizacional.

Diante das assertivas, alerta-se para a necessidade de rememorar a experiência de luta pelo sistema de saúde e a possibilidade para que a luta de hoje seja na defesa pela ampliação do SUS principalmente na descentralização da discussão. Pois mesmo que se apresente como uma inegável conquista, hoje a saúde pública se classifica por uma arena minada por um conjugado de forças contrárias e aspectos históricos como clientelismo, patrimonialismo e retração de direitos se tornem cada vez mais presentes nas políticas sociais brasileiras. Caso contrário, “[...] o que vai se impor é a lei da selva, é a lei do mercado em que a saúde é uma mera mercadoria dentro da acumulação de capital” (idem, p. 07).

Para Gastão (2009) com base na tradição de gestão patrimonialista do Estado e das suas expressões em projetos públicos continua problemático pensar a governança para uma intervenção social com histórico de fortes resistências as reformas sociais de caráter popular. A governança almejada para o SUS é com base numa estratégia

ampliada, partindo do princípio que é importante atuar nas questões desafiadoras do âmbito político, organizacional e epistemológico.

Portanto, revisitar a questão democrática da saúde quase 30 anos depois é reconhecer por um lado os avanços, mas ainda questões que sugerem uma análise aprofundada dos compassos e descompassos que resultou do movimento sanitário para a política de saúde e para a participação popular em saúde. O SUS como modelo igualitário continua em aberto. A consequência é reproduzir juntamente com as demais políticas públicas brasileiras as mazelas de desigualdade, iniquidades e perversidade. Se o sistema de saúde foi sempre pensado com a associação de democracia “[...] o filtro político que orienta essa avaliação está claro, pois não há democracia onde reina a iniquidade” (FLEURY, 2012, p.165).

As concepções, propostas, intenções e aspirações por uma saúde pública defendida pelo movimento da reforma sanitária parece estar na prática sofrendo um processo de privatização ou de uma democracia inconclusa (GERSCHMAN, 2004).

[...] se há uma frente em que a Reforma Sanitária foi amplamente vitoriosa esta é inegavelmente na difusão de uma consciência sanitária, revelada na introjeção da noção de direito à saúde por parte da população usuária do sistema. Se, no entanto, esta noção se reduz ao consumo de serviços curativos, exames e medicamentos, esta é uma evidência de que a reforma, ademais de democrática, necessitaria reencontrar a sua dimensão sanitária (FLEURY, 1997, p. 37).

A dimensão sanitária encontra-se perdida num arsenal de escassez tanto de ações, como de luta e protagonismo político. Não se trata somente para levar avante a Reforma Sanitária no Brasil de construir e fortalecer a consciência sanitária dos cidadãos, mas ela deve necessariamente estar articulada a exigência de ‘uma cultura política organizada’, na exata medida em que a construção da democracia é também tarefa da comunidade, de instituições intelectuais, culturais, religiosas, sindicais e profissionais dentre outras (WEFFORT *apud* CONH, 1989).

Após a institucionalização dos mecanismos de controle social sobre as políticas públicas, tem-se como desafio que esses não se tornem mecanismos de formação de “consentimento ativo” das classes subalternas em torno da conservação das relações vigentes de domínio da classe dominante. O controle social pelas classes sociais sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se importante na

realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais à sua privatização e mercantilização (BRAVO; CORREIA, 2012).

O movimento sanitário e o SUS construíram as bases para se conclamar a democracia em saúde e esse motivo deve ser a força propulsora da trajetória ambicionada. Por essas razões, é preciso reconhecer que em meio às questões que desconfigura o sistema público é preciso criar estratégias para transformar as condições que perpassam e comprometem as ações no interior da política de saúde e da participação política que perpassa esse direito.

Dentre algumas questões salientadas por Fleury (2009) é importante refletir sobre os modelos de gestão pública a exemplo dos conselhos e das conferências. Estes espaços se propunham levar em conta a participação e deliberação da sociedade civil na política de saúde. A ideia se apresenta como alternativa, sem, contudo ter garantia se esses processos teriam como pano de fundo as ações baseadas na comunicação e deliberação na construção da política de saúde.

A abertura de mecanismos de participação popular com intervenção no planejamento e na gestão das políticas públicas revela um contexto de busca por um país mais democrático. Neste sentido, frente às questões analisadas é possível perceber que se a política de saúde enfrenta presentemente questões provocativas de várias naturezas, existe a alternativa de novamente associar a defesa da saúde pública constitucionalizada ao viés de redemocratização, ocupando e viabilizando os espaços institucionalizados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) obteve alguns avanços, mas o SUS real esta muito remoto do SUS constitucional. Existe uma indubitável distancia entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente (BRAVO; MENEZES, 2012).

Para Gerschman (2004) o atual estágio e as dificuldades na consolidação do regime democrático, os impulsos reformadores no setor saúde e a capacidade de visualizá-los, colaboram para a constituição de um regime de democratização parcial num setor de políticas específico e em um determinado momento fazendo aportes relevantes para o (re) estabelecimento de um regime democrático no Brasil.

No tópico que se segue refletiremos sobre a realidade dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas no Brasil atestando os avanços, desafios e as possibilidades de

controle social frente à necessidade de associativismo e participação política nessas instancias, principalmente, a população usuária do sistema de saúde.

1.2. Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas no Brasil

Na década de 1990 ocorre uma proliferação de arenas de participação nas diversas áreas de políticas públicas. Os Conselhos Gestores ganham evidência tanto pela arquitetura institucional como pela perspectiva de que toda política social pública tem sua gênese consolidada ao Conselho – este sentido faz com que ultimamente o Brasil vivencie a “febre conselhistas”. Esses espaços se espraíram pelas várias áreas das políticas sociais com o desígnio de desenvolver e promover a participação da sociedade civil organizada juntamente com o Governo na elaboração e fiscalização das políticas sociais.

A proposta dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas no Brasil surge nos marcos da luta contra a ditadura e pela democratização do Estado e da sociedade dos anos 1980. Desenvolve na Constituinte com força suficiente para fundamentar para que adquira mecanismos democratizadores e descentralizadores nas políticas sociais (RAICHELIS, 2000).

Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas são órgãos públicos, permanentes, paritários e deliberativos regulamentado pela Constituição Federal/1988. A gestão descentralizada nas políticas públicas faz parte dos objetivos intrínsecos a esta arena política. Implica, no entanto refletir sobre os avanços, impasses e em que medida esse espaço se propõe a realizar a interlocução entre os representantes (conselheiros) e a participação política da sociedade civil, ou seja, o público- alvo das políticas sociais e públicas.

Em termos conceituais, os conselhos nos moldes definidos pela Constituição Federal de 1988 se apresentam como,

[...] espaços públicos com força legal para atuar nas políticas públicas, na definição de suas prioridades, de seus conteúdos e recursos orçamentários, de segmentos sociais a serem atendidos e na avaliação dos resultados. A composição plural e heterogênea, com representação da sociedade civil e do governo em diferentes formatos, caracteriza os conselhos como instâncias de

negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses, portanto, como campo de disputas políticas, de conceitos e processos, de significados e resultantes políticos (RAICHELIS, 2006, p. 110).

O formato plural tem como propósito realizar a deliberação baseada em posicionamentos diversos. É através da capacidade de entender que essa heterogeneidade reflete um arsenal de possibilidades na discussão das políticas públicas, que os sujeitos em espaços dessa natureza atingiram o patamar de liberdade e igualdade política.

Esse arranjo plural de representação dos conselhos fomenta como particularidade estabelecer relações entre a representação da sociedade civil e do governo em diferentes formatos, e assim particulariza-os como instâncias de negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses. Assim, objetiva-se com base nessas premissas o que Raichelis (2006) denomina serem espaços públicos com força legal para atuar nas políticas públicas, na definição de suas prioridades, de seus conteúdos e recursos orçamentários.

A perspectiva de desenvolver o controle social nos conselhos ganha consideração através da abertura democrática e a possibilidade de atuar como mecanismos de participação nas políticas públicas. Os Conselhos Gestores se apresentam na proporção de fomentar a efervescência política no seu interior.

Intenta por meio desses espaços de deliberação que diversos interesses estejam presentes. A visão da deliberação como atividade de discussão e debate coletivo fortifica os pilares de uma cultura edificada na democracia. Iniciativas como estas estabelecem referências na elaboração de debate e a prática do exercício da democracia participativa.

Para Raichelis (2006) diante da tradição política brasileira, os conselhos de políticas públicas apresentam uma dimensão inédita para um país que tem marco de uma trajetória baseada na centralização de poder. São, portanto uma conquista da sociedade civil que pensa nesses espaços com a perspectiva de democratizar a discussão das políticas públicas juntamente com o Estado.

A abertura política tencionou amplas formas de participação e representação. Avritzer acredita que através da constituinte foi determinado um sistema baseado em “instituições híbridas” de participação entre Estado e Sociedade Civil, quer pela junção

de mecanismos de representação com formas deliberativas, quer pelo arranjo misto com atores estatais e da sociedade civil.

A arquitetura institucional do Brasil democrático é “híbrida”, e privilegia a combinação entre representação e participação. Nas palavras do supracitado: “Podemos definir os conselhos como instituições híbridas nas quais há participação de atores do Executivo e de atores da sociedade civil, relacionados com a área temática na qual o conselho atua” (AVRITZER, 2006, p. 38). Apesar disso,

[...] podemos apontar a presença na cena política no Brasil de uma sociedade civil que se organizou autonomamente em relação ao Estado no final dos anos 1970, que reivindicou parceria nas políticas públicas nos anos 1980 e que expandiu fortemente a sua presença nessas áreas nos anos 1990. No entanto, essa sociedade civil reproduz desigualdades e heterogeneidades próprias da sociedade brasileira. Cabe ao Estado, em parceria com essa mesma sociedade civil, oferecer incentivos que possam tornar a sociedade civil brasileira mais homogênea no que diz respeito a sua presença na sociedade brasileira. (AVRITZER, 2000, p. 33).

Se para o autor esse momento que marca a abertura de “instituições híbridas” carrega consigo uma sociedade com características de autonomia na luta por espaço é ainda, importante destacar sobre as expressões de desigualdades sociais da sociedade brasileira que demanda do Estado tanto espaço na discussão de políticas sociais, como uma ação para reverter esse processo de disparidades. Pensa-se também que a qualidade das políticas públicas dependa e tenha influencia direta na participação da sociedade civil.

Estudos refletem que em regiões de extrema pobreza a sociedade é pouco organizada, e dessa forma a disponibilização de recursos influencia na organização da sociedade civil, no controle social das políticas públicas e abertura das formas de decisão e poder.

Por conseguinte, “Se a pobreza, para além de sua expressão monetária, é um tipo de relação social que define sociabilidades e lugares dos indivíduos na sociedade, sua contraface é a carência de representação política nos espaços públicos” (RAICHELIS, 2006, p. 113). No entanto, a luta pela expressão de direitos sociais deve está diretamente relacionada não somente a ampliação de espaços públicos, mas para que novos sujeitos sociais possam estar diretamente representados e encontrem um lugar de reconhecimento, pertencimento e expressão de suas demandas sociais.

Para tanto, se essas instâncias coletivas tem sua composição em blocos homogêneos, a sua dinâmica necessita da contribuição dos segmentos organizados da sociedade civil. Essa orientação nas polarizações permite que ocorra a defesa em torno de concepções e projetos coletivos (RAICHELIS, 2006). Neste sentido,

[...] é importante considerar as relações entre sociedade civil e Estado como polos que se complementam e conflitam, em uma dinâmica permeada de tensões. Superar análises reducionistas e dicotômicas – que ora enfatizam a sociedade civil como o polo de todas as virtudes, ora satanizam o Estado como responsável por todos os problemas – é condição indispensável para trazer à tona o significado da ação política no processo de construção histórica dessas relações (p. 06).

As relações que se estabelecem por meio dos conselhos não significam uma consensualização, mas, sobretudo um processo que coloca Estado e Sociedade Civil em patamares de igualdade cívica e política no exercício da participação social em torno de questões coletivas. Os espaços de participação se caracterizam pela abertura do Estado para a noção de descentralização. Isso implica na postura política dos cidadãos, na noção de cidadania, no despertar do pertencimento público, o desenvolvimento da identidade local, a implementação e atuação frente a direitos e políticas públicas e o caráter de associativismo.

Em se tratando de participação social é importante analisar as várias concepções e exercícios compreendidos. A qualidade e implementação de programas, projetos e políticas são comprometidas quando a forma de entender a deliberação nos processos participativos é distinta de uma proposta baseada na deliberação com impacto na comunicação e cidadania.

Com base em Oliveira (2009) a participação é entendida sob duas concepções similares que atuam conjuntamente. A primeira reflete a ideia de descentralização das ações e a segunda o caráter democratizante. Ambas as etapas refletem a mudança no perfil do Estado e a passagem para de novas relações com a sociedade civil.

Por esta razão “os por quês” e “para quês” do exercício da participação são diversos e complexos, contudo não excludentes. Assim, “[...] as formas de participação dependerão das especificidades das intervenções e de seu público-alvo, podendo mobilizar bases associativas ou mistas, articular processos intensivos e extensivos e ser

definidas por meio de deliberação no decorrer dos processos” (OLIVEIRA, 2009, p. 23).

Nos últimos anos se constituíram inúmeros canais de participação, como argumentado, e a legalização foi decorrente da Constituição Federal de 1988. Dentre os exemplos poderíamos citar os Conselhos Gestores, Conferências, Orçamento Participativo, e demais espaços dessa natureza. É importante ressaltar que cada mecanismo de gestão participativa tem sua natureza e suas atribuições no exercício que se propõe. Porém, a forma como a participação se desenvolverá em cada um desses instrumentos fornecerá as suas implicações para a associação da deliberação e cidadania respectivamente (OLIVEIRA, 2009).

A supracitada desenvolve duas questões gerais no que se refere à participação institucionalizada e que possibilitam por seu turno refletir a participação social por meio de vias complexas. A primeira se desenvolve por meio da modificação da expressão de protestos e manifestos reivindicatórios para formas “controladas” de participação como forma de garantir a governabilidade com eficiência e reforçar o papel de desresponsabilização do Estado. A segunda forma reflete que, pelo fato de ocorrer nos espaços institucionalizados à negociação de interesses e a deliberação por meio de argumentação com base em interesses distintos e complexos, existe a publicização de conflitos e construção de identidades coletivas.

Com base nas assertivas, existe a possibilidade de entender que estas questões são complexas e frequentemente analisadas em vários estudos. Poderíamos cogitar a hipótese de que a participação social, por meio dos movimentos sociais e demais iniciativas, terem adentrado num “funil” e resultado numa “uniformização” de suas concepções ou pelo menos ter herdado uma influência significativa desse processo unilateral. Se a opção por formas “controladas” de participar significar na burocratização, cooptação, concentração de poder e participação distanciada da sociedade civil no que se refere à pressão política, esta participação na concepção institucionalizada esta muito aquém do que se fomentou na década de 80.

As formas de participação dependem das formas de intervenção e do público-alvo. Se o entendimento e prática da participação cidadã necessitam da construção da cidadania para que seja desenvolvida a deliberação, há muito que se fazer e caminho a se trilhar. Constitui-se como desafio fundamental amparar de forma reflexiva as possibilidades de participação gradual nos novos espaços institucionais, sem perder a

autonomia, à dimensão interativa e expressiva da participação cidadã (OLIVEIRA, 2009).

Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas como expressão e possibilidade de se desenvolver a participação social pelo viés da constituição de identidades coletivas é ainda entendido sob diversas concepções, seja pela via de espaço de cogestão entre Estado e Sociedade Civil (CARVALHO; TEIXEIRA, 2006), publicização de interesses heterogêneos (RAICHELIS, 2006), conselhos setoriais e híbridos com vistas a deliberar (AVRITZER, 2000), arena de atores especializados num determinado corte setorial (OLIVEIRA, 2009) e constituição de uma institucionalidade democrática (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012).

Duriguetto (2012) conjectura que o ambiente dos conselhos possibilita processos de luta e defesa de direitos, fiscalização de ações estatais no âmbito das políticas, de articulação entre forças que tencionam os mesmos fins, de denuncia, mas ainda de ações que superem o espaço institucional estatal propriamente dito. Para a autora: “A importância dessas ações para o enfrentamento da mercantilização, da focalização e da moralização das refrações da questão social torna os conselhos um espaço fundamental de resistência e coloca [...] o desafio de fazê-los funcionar com esse conteúdo político-estratégico” (p. 333).

Assim, se estes espaços foram designados com a finalidade de pactuar sobre a discussão das políticas sociais públicas, é importante, sobretudo, evidenciar que o protagonismo da sociedade civil apresenta-se como elemento decisivo na discussão de políticas sociais e ainda, outros fatores a nível organizacional e político.

Almeida e Tatagiba (2012) destacam o paradoxo entre a visível vitalidade proporcionada pela abertura e cogestão na discussão de interesses públicos e por outro lado à ausência de participação/ representação da sociedade civil nesses âmbitos, ou seja, sua baixa capacidade para incidir nas relações de força que conformam o jogo político.

Atualmente existe uma infinidade de estudos sobre conselhos gestores com pontos que fortalecem o discurso em torno de reconhecer e ao mesmo tempo reverter questões que obstaculizam o seu funcionamento. Os conselhos possuem aspectos diretos sobre a democratização das políticas públicas, no entanto existem questões que dificultam sua própria ação em termos político- institucional e por esta razão limita sua capacidade diante das políticas peculiares. “Para reverter esse quadro, argumentamos

que é necessário rever as rotinas dos conselhos. Precisamos de mudanças na prática cotidiana dos conselhos que confirmem maior centralidade ao exercício da política, em lugar da rotina burocrática da gestão” (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 04).

Essas arenas foram criadas na perspectiva de se tornar uma arquitetura institucional de atuação nas diversas políticas sociais, e dessa forma assumir sua devida importância frente à efetividade e garantia dos direitos sociais. Na medida em que deliberam, executam seu papel de fiscalizadores e formuladores de políticas públicas diante das reais necessidades setoriais da população. Transformam, por conseguinte através de seu instrumental os orçamentos em ações, serviços, atuação nas realidades vigentes e um mecanismo vigoroso de abertura política da comunidade.

Praticamente todos os municípios brasileiros possuem conselhos nas mais diversas políticas setoriais. Todavia, mesmo com o êxito na expansão dos conselhos de políticas públicas existem motivos para questionar se a generalização desse mecanismo garante a realização dos aspectos pelo qual propôs a inspiração de participação da sociedade civil. É importante questionar de acordo com Avritzer (2000) que muito embora os conselhos tenham hoje uma maior institucionalização isso não garante que questões como nível de democratização, discussão, fiscalização, deliberação sejam eficazes em diferentes regiões brasileiras.

Muito embora sejam considerados espaços de caráter inovador desde que emergiram nos debates constituintes, estes espaços já possuem sua maioria e para tanto não são considerados mais experiências ou apostas. Deste modo: “Se os conselhos traduziram apostas, hoje refletem conquistas inegáveis do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática entre nós” (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 02). Acredita-se, no entanto, que o ineditismo esteja apreendido ao seu formato e na capacidade de luta desenvolvida pela sociedade civil pela conquista do espaço de discussão.

Nas palavras de Avritzer (2000),

Os conselhos existentes no Brasil são designados mediante a constituinte e a legislação ordinária que se seguiu. São assim chamados de conselhos setoriais, mecanismos de deliberação criados no interior do poder Executivo para a participação da sociedade civil. O papel dos participantes nos conselhos é deliberar, juntamente com o poder público, exercer controle direto e regular as ações do governo (p. 23-24).

Nos últimos anos a sociedade civil passou de um patamar de baixa densidade associativa para uma sociedade organizada em torno do protagonismo em discutir políticas públicas. Todavia, ainda não se tem uma efetiva ocupação da sociedade civil nos espaços de deliberação que por sinal são travadas em questões próprias de seu cotidiano e suas necessidades manifestadas pela desigualdade social.

Com base no estudo de Labra (2005) a resposta à baixa participação das comunidades nos espaços participativos decorre da dinâmica associativa. Esse fato não é isolado, mas amparado em questões amplas e generalizadas. Os baixos índices de participação dos brasileiros na vida associativa reflete a descrença da população na eficácia da participação e engajamento cívico.

Almeida e Tatagiba (2012) ressaltam, sobretudo, que é preciso reconhecer os avanços dos Conselhos de Políticas Públicas uma vez que determinam o viés para a luta política, e faz parte de um jogo de resistência na partilha do poder de decisão. O estudo das supracitadas fundamenta-se em três pressupostos. O primeiro resalta a necessidade de reconhecer os avanços dos conselhos e compreender que fazem parte da construção de uma cidadania ‘desde baixo’. Fomenta, neste sentido um importante aprendizado de convivência democrática, e mesmo que no jogo político não tenha uma real autonomia de decidir sobre a política pública, possui, entretanto poder de veto sobre determinadas posturas do governo.

O segundo pressuposto compreende a necessidade de ‘calibrar as expectativas’, assumindo a postura de que os conselhos gestores não estão baseados em cumprir todo o tempo com o ideário democratizante pelo qual foi criado. É relevante ter ciência que dependem do resultado das disputas travadas no seu interior e no seu entorno, como por exemplo, sua forte dependência dos governos e uma tendência à burocratização dos processos participativos pela própria natureza de suas funções.

E por fim, pressupõem que mediante um projeto de democratização do Estado e da sociedade civil, os conselhos de políticas públicas juntamente com outras instancias participativas apresentam-se como peça estratégica. No entanto, não se deve atribuir culpa e responsabilidade por todas as empreitadas e obstáculos que demandam a construção do referido projeto. É necessário, ir além da celebração de sua novidade histórica e passar a discutir as rotas e as dinâmicas que precisam ser alteradas tendo em vista o aprofundamento democrático.

Passados mais de vinte anos após a CF/1988 e levando-se em consideração as transformações conjunturais, os conselhos devem ser analisados pela via do que se pensou enquanto espaço de controle social, mas, sobretudo, como vem sendo desencadeadas as relações de poder e a própria autonomia dos conselhos no decorrer desses últimos anos.

Para além da compreensão de canais que propunham novos rumos e possibilidades a articulação política entre governos e cidadãos a maioria dos conselhos teve de enfrentar duras resistências do aparato governamental. Esses desafios se apresentaram desde sua instalação até o reconhecimento como âmbito institucional para o exercício do controle social legitimizado (RAICHELIS, 2006).

Os conselhos apresentam um caráter contraditório, pois se juridicamente são órgãos deliberativos, na prática oferecem curso a políticas adotadas alhures, ou seja, em sentidos diferentes nos âmbitos específicos das instâncias governamentais (federal, estadual e municipal). Entrando no mérito da municipalização este processo não obteve o resultado almejado, principalmente pelo fato de os Conselhos não terem sido criados de “baixo para cima”, o que provocou a dependência da vontade política dos governantes para incentivá-los e concretizarem as demandas designadas pela deliberação no seu interior (GERSCHMAN, 2004).

Se para Carvalho e Teixeira os conselhos classificam-se como,

[...] espaços de cogestão entre Estado e sociedade que vem se contrapor a uma tradição autoritária e excludente que caracteriza os espaços de discussão política no Brasil onde muitas vezes prevalecem barganhas políticas, interesses privados e relações clientelistas. São formas inovadoras de gestão pública que permitem o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as formas vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas que possam solucioná-lo (2000, p. 08).

Essa esfera pública para Raichelis se expressa pela,

[...] publicização de interesses heterogêneos, de confrontos de práticas sociais contraditórias e de lutas pela hegemonia político- cultural em torno de projetos societários. Assim concebida, a esfera pública envolve necessariamente a organização de segmentos da sociedade civil anteprojetos de grupos e classes sociais contrapostos (2008, p. 82).

A reflexão dos supracitados trata de pontos cruciais relativos aos espaços de discussão das políticas públicas. Suas concepções teóricas possibilitam entender as

barganhas políticas e o aproveitamento desses espaços por parte de indivíduos para se beneficiar e possibilitar apenas a concretização de poder e realização de favorecimento próprio. Contrapõe-se, neste sentido a real perspectiva de gestão e fomento a cidadania ativa. Por outro lado ainda se firma a vigência de perspectivas e interesses distintos, mas que trazem riqueza ao debate público, pois as razões sejam elas quais forem quando tornadas públicas mostram que a deliberação acontece. Por meio da contribuição coletiva de todos se exercita o protagonismo sem distinção político- social e possibilita chegar ao fundamento de decisões vinculatórias e mutuamente justificáveis.

É justamente por acreditar que é necessária ao debate uma variedade de concepções e posicionamentos, que se devem abstrair ideários que se colocam em contraposição a concepções distintas. A “oposição” deve ser entendida como conjunto de opiniões e posicionamentos variados, firmado pela necessidade real e ideal de uma deliberação pautada por debates e decisões coletivamente formuladas e discutidas no seu interior. Ponderar por um princípio de participação popular reflete a perspectiva de envolver indiscriminadamente as formas organizativas da sociedade e ações de mediação e intermediação.

Como sabido, os conselhos apresentam composição paritária e elegem representantes para discutir demandas referentes às políticas públicas. Os posicionamentos desencadeados pelos conselheiros são reflexos das necessidades da população através da interlocução com as bases tanto do ponto de vista do conhecimento das problemáticas, como a alternativa de execução do papel de conselheiro. Isso implica entender que, por mais que seja escolhido representantes, a atuação nesses espaços deve pautar-se de forma coletiva. No entanto, Lima (2001) ressalta que muitas vezes a população, a partir do momento que nomeia seus representantes, joga nas mãos do líder toda a responsabilidade pela direção das tarefas e discussões. Ocorre neste sentido, a manifestação da tutela, por esperar que as lideranças solucionem todos os problemas da comunidade sem que haja nesse processo sua contribuição.

Há que se pensar também que,

Os critérios usados para se participar são excludentes, tais como, por exemplo, pertencer a grupos institucionalizados. Isso deixa muita gente de fora. O desafio é como pensar um sistema de participação popular que abarque todas as formas organizativas da sociedade e não apenas os

institucionalizados (MORONI, 2011 *apud* ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 11).

A deliberação em espaços como os conselhos está submetida a certos riscos. Almeida e Tatagiba (2012) acreditam que o caráter híbrido desses espaços repousa tanto no seu potencial para democratizar as decisões, quanto os ímpetus de que essas decisões atendam meramente interesses específicos, principalmente aos segmentos pelo qual representa. Além disso, a implicação do caráter híbrido dos conselhos ocorre em nome de interesses dos arranjos pelos quais representam, apropriando-se de instâncias de tomada de decisões governamentais.

Desafios, perspectivas e expectativas se aliam em nome da consolidação política e abertura de um jogo de poder que parece perdurar na história e encontrar sempre mecanismos de impor uma cultura patrimonialista e clientelista do que se convencionou público e democrático no país. As formas de participação pactuam com o associativismo e a capacidade de decidir e incidir na legitimidade da política local e esse “hibridismo” deve ser compreendido e utilizado para compreender uma variedade de posturas.

Identifica-se a existência de 5.559 conselhos de saúde nos municípios brasileiros. Apesar disso, ainda existem obstáculos importantes a serem analisados e possivelmente solucioná-los. Dentre as infinidades de questões que podem expressar essas fragilidades pode-se destacar, principalmente, o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e Estado; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a falta de regularidade de funcionamento; a ausência de outras formas de participação; a falta de transparência nas informações da gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados (PARTICIPA SUS, BRASIL, 2005).

A formação da consciência política faz parte de condicionantes que os conselheiros necessitam se embasar para atuar de forma associativa. Ser representante de interesses, necessidades e demandas implica realizar interposições. Gohn (2004) adverte que uma cultura política com origens embasadas nos diferentes interesses e que estes quando são reconhecidos e representados através de mediações culturais e sociopolíticas, implica na ampliação da esfera pública. Esses moldes contribuem para o desenvolvimento de concordâncias obtidas argumentativamente, numa gestão social compartilhada e compreendida a partir de exercícios públicos deliberativos.

Inúmeros estudos de caso revelam que os conselhos podem se transformar em mais um dos nichos secretos do Estado ao não permitirem acesso público às suas reuniões e/ ou criarem dificuldades para a consulta de atas e documentações rotineiras.

Gohn (2004) assinala que: “Premissas básicas relativas à participação da sociedade civil, das quais se destaca a participação da sociedade civil na esfera pública não é para substituir o Estado, mas para lutar para que este cumpra seu dever” (p.05). Essa participação precisa ocorrer de forma ativa e ponderar a experiência de cada cidadão que nela se insere e não tratá-los como arcabouços de “corpos amorfos” como parte de um modelo pragmatista. Corroborando Silva (2004) ainda adverte: “O Estado se vê incapaz de solucionar os problemas sem o respaldo da sociedade” (p. 76).

Todavia, “[...] há limites no processo de participação dado não apenas pela falta de infraestrutura, mas falta também uma cultura de participação, assim como falta vontade política para que a cidadania de fato seja exercida” (GOHN, 2004, p. 08).

É importante destacar que como espaço de participação e controle social os conselhos não podem ser nem “supervalorizados” e muito menos “subvalorizados”. São, no entanto, basilares para a formulação de políticas sociais, porém, devem ser concebidos como um entre os múltiplos espaços de disputas contra hegemônicas no país (BRAVO; MENEZES, 2012).

Os conselhos de políticas públicas são uma modalidade de exercício da cidadania, mas não é um fim em si mesmo. A participação popular não deve basear e se resumir somente enquanto espaços como os conselhos ou outros que compreendem a esfera pública. A própria qualificação da participação deve advir de estruturas participativas organizadas na sociedade civil. Nas palavras da autora,

O chamado trabalho de base é fundamental para alimentar e fortalecer a representação coletiva nos colegiados da esfera pública. Essa esfera pública não pode ser vista como um degrau superior, que surgiu para eliminar ou superar formas e níveis de mobilização e organização que existiram na sociedade brasileira nos anos 1970/80, pois esta é uma visão etapista, linear e evolutiva. (GOHN, 2004, p. 12).

Indubitavelmente os espaços de participação disseminados nos anos 90 não podem acoplar todo o significado e existência dos movimentos sociais de anos anteriores. Ao contrário, a representação popular nesses níveis de manifestação se faz

fundamental nestes âmbitos, uma vez que possuem perspectivas críticas e fundamentam a conquista da abertura democrática.

É preciso ainda estar em alerta quanto ao deslocamento da “cidadania” e da “solidariedade”. Para Dagnino (2004) esse aspecto esconde a dimensão política e corrói um referencial pautado na responsabilidade e o interesse público. Com a expansão do neoliberalismo e a conseqüente redução da atuação estatal na esfera social, as políticas sociais adquirem uma formulação emergencial e discriminada a setores sociais específicos, ou seja, aos que tem sua sobrevivência em risco. Por seu turno, o público que necessita dessas políticas e ao contrário do que se aparenta não são visualizado como cidadãos, mas, sobretudo como ‘carentes’ merecedores da ação pública ou privada.

Neste sentido, os setores da sociedade civil quando chamados a participar de instancias como os conselhos gestores e em nome do exercício da cidadania, acabam se submetendo a uma visão reforçada pela frequente faceta de que os recursos são poucos para essas políticas. Por conseguinte, cai por terra o ideário de “direito a ter direito”, e uma visão universalista, e que oferece na maioria das vezes a possibilidade de atender aos “desvalidos” e “desamparados”.

Nesta perspectiva, a problemática em tela possui em seu núcleo uma infinidade de questões que diz respeito desde o funcionamento dos conselhos até a necessidade real em descentralizar esses espaços de discussão, e traçar percursos para as políticas públicas. A finalidade é fazer desses espaços um mecanismo de participação popular e evidenciar alternativas que proporcionem o protagonismo e fomento ao exercício do controle social partilhado entre Estado e sociedade civil ainda se constitui como um desafio.

Se por um lado muitos entraves dos conselhos decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira, em que não foi permitida a criação de espaços de participação e gestão das políticas sociais públicas, por outro se considera que essas arenas são um importante mecanismo de participação efetiva e, sobretudo, para a mudança de uma cultura brasileira que se rasteja sob o prisma da burocracia, das práticas políticas do favor, o patrimonialismo, e a cooptação da população. É preciso ter a percepção de que tudo ocorre de forma lenta e desafiadora (BRAVO; MENEZES, 2012).

Um fato importante é que em meio à necessidade de descentralizar os conselhos gestores e fomentar a participação da sociedade civil, esses espaços ainda precisam ser vistos como meios que involuntariamente tencionam a “setorização” da gestão das políticas sociais públicas.

De acordo com Raichelis (2006) as análises de estudos e a prática dos operadores das políticas sociais assinalam que a fragmentação das políticas sociais é um tema recorrente. As políticas sociais obedecem à lógica da “setorização”, o que nas palavras de Raichelis (2006): “[...] recorta o social em partes estanques sem comunicação e articulação, torna os problemas sociais autônomos em relação às causas estruturais que os produzem, segmentando o atendimento das necessidades sociais” (p. 110). Por conseguinte, traz dificuldades para a ação pública que tem como pressuposto a implementação de políticas com impacto na qualidade de vida e nos direitos de cidadania.

As “refrações da questão social²”, como expressão de conflitos e problemas decorrentes das lutas pela apropriação da riqueza social, tende a ser obscurecida e particularizada pelos objetos de cada uma das políticas setoriais. Dentre as dificuldades, reside no fato de que as formulações de análises e propostas de intervenção considerem a realidade social como uma totalidade dinâmica e conflituosa (RAICHELIS, 2006). Existe, portanto, um movimento que luta contra a fragmentação das respostas as expressões das questões sociais, e busca-se por outro lado o vícios de totalidade da política social.

Todos esses subsídios colocam em xeque tanto a efetividade das políticas públicas como a intencionalidade histórica de fazer com que as políticas públicas tivessem um caráter baseado na participação cidadã. Importa, portanto, atentar para o fato de que “[...] os conselhos criados no âmbito das políticas sociais públicas acompanharam a lógica setorial, cada um deles voltados para ações específicas no seu campo de intervenção.” (idem, p. 111) Por conseguinte, em muitos conselhos esse processo de setorização propiciou acúmulo de conhecimentos e experiências para que se consolidassem somente no âmbito da política específica são desenvolvidas.

² [...] conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho. (FILHO, 1982 *apud* NETTO, 2005).

Por essa razão, atrelando a setorização como mecanismo que tende a limitar o âmbito de discussão e a possibilidade de articulação com outros conselhos gestores, a multiplicação progressiva desses espaços, e a dinâmica própria de funcionamento de cada um e seu envolvimento com pautas específicas contribuem involuntariamente, para sustentar a fragmentação e segmentação das políticas sociais públicas.

O que necessitaria ser pautado na realização de esforços para recompor a totalidade da política social e de seus nexos com a política econômica, acaba por se revelar num movimento que visa de um lado viabilizar a participação dos cidadãos em espaços de discussão e deliberação pública, mas que diante de sua dinâmica de funcionamento e organização, os conselhos gestores de políticas públicas acabam por produzir influência adversa à efetividade e totalidade da política social.

Raichelis (2006) aponta uma série de questões que potencializam o caráter setorial dos conselhos de políticas públicas. Por entender essa lógica associada à falta de articulação de respostas a questão social é preciso que sejam refletidas algumas questões mencionadas, a saber: Dificuldade de transcender as questões particulares e reivindicações de cada conselho correspondente a um campo temático; Limites corporativistas e específicos das pautas e desenvolver abordagens relativas a temáticas amplas; Publicidade e circulação das informações “interconselhos”; Sistematização a respeito da natureza dos conselhos como espaços de socialização política; Visibilidade e consideração para o que acontece no âmbito da mobilização social e da organização política “extraconselhos”; Demandas de capacitação e desenhos adequados nos processos de formação dos conselheiros.

Com base no exposto é possível desenvolver algumas considerações e refletir com base na realidade organizacional e institucional dos conselhos de políticas públicas. Nesse embate além de outros pressupostos que estão interligados no processo de regimentar força no âmbito das fragilidades dos conselhos um ponto crucial é dedicado à sociedade civil.

Os sujeitos envolvidos necessitam aumentar sua capacidade de apropriação crítica da realidade social, identificando os nexos que articulam as expressões particulares dos problemas em cada uma das políticas sociais (RAICHELIS, 2006). Deve neste sentido, atuar na ampliação e participação no conjunto das políticas públicas, na sua formulação e gestão.

A articulação com os movimentos sociais faz toda a diferença quando se tenciona a abordagem de possibilidades que superem as temáticas limitadas aos espaços institucionais. Ultrapassar o recorte setorializado das políticas sociais faz com que ao abordar temáticas amplas surja interesse dos diferentes grupos e movimentos sociais, inclusive em suas expressões e dinâmicas territoriais.

No que se refere à transparência e publicização da rotina dos conselhos é importante proporcionar visibilidade nas deliberações e discursos não somente para os que estão envolvidos nesse espaço, mas ainda para os que serão reflexos das decisões que estão sendo assumidas.

Além disso, o projeto de capacitação dos conselheiros se apresenta como instrumento para a qualificação e o fortalecimento da participação propositiva das representações nos conselhos. Existem dois desafios, o primeiro é a necessidade de projetos de capacitação que sejam continuados e que atuem articuladas as dimensões técnica, política e ética demandada, e o segundo é incluir a formação conjunta dos vários conselhos, para que, sem diluir as questões específicas em termos de competências e recursos, possam desenvolver conteúdos voltados para temáticas gerais.

Ademais, a perspectiva intersetorial das políticas públicas coloca os conselhos em mais um dos seus desafios. Se a representação de atores inseridos na arena de participação coloca por um lado a ótica de especialidades com corte setorial ou temático, nesse sentido, apresentam uma participação mais restrita, por outro os arranjos de representação paritária colocam em vigor a contraditoriedade de interesses e valores contundentes, mas que se faz necessário à deliberação.

Esses pressupostos resumem na compreensão de Raichelis (2006) de que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas não atuem na visão de sua própria demanda. É preciso refletir que as problemáticas, sejam estas das mais variadas complexidades, e políticas sociais fazem parte de uma totalidade. Os conselhos de políticas públicas foram criados na ótica de que a sociedade civil e o Estado atuem frente às necessidades vigentes. Para tanto, de acordo com seu desenvolvimento, foram surgindo algumas questões de caráter organizacional que merecem ser debatidas para que não se condicionem e permaneçam dispersas do real sentido de garantia da implementação das políticas públicas, mas, sobretudo a sua efetividade nas realidades coletivas.

É importante destacar que o momento em que se pensou nos Conselhos Gestores como espaço de cogestão e controle social, especificadamente na década de 80, existia

uma conjuntura diferente em termos políticos, econômicos e sociais. Ao passo que esses espaços foram sendo institucionalizados e espalhados pelas demais políticas públicas a ótica e a própria dinâmica histórica acompanharam transformações particulares.

Dentre todas as políticas sociais públicas que tem o conselho gestor na sua implementação, a política de saúde historicamente é um referencial. As reformas no sistema de saúde exercem um papel fundamental para a constituição da ordem democrática. Os processos desencadeados pela Reforma Sanitária constituem elementos cruciais na democratização do Estado vinculando a participação social em área tradicionalmente restrita na implementação de políticas públicas (GERSCHMAN, 2004).

A Carta Magna estabelece legalmente um arsenal significativo na construção, implementação e fiscalização na área das políticas sociais públicas. Esses novos fundamentos repercutem na política de saúde através das leis 8.080/90 e 8.142/90.

A lei 8.142/ 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Conferências e dos Conselhos. Com base no artigo 1º da lei 8.142/1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) contará em cada esfera do governo com as seguintes instâncias colegiadas, a saber: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. A Resolução n º 333 do Conselho Nacional de Saúde sancionam as diretrizes de criação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Com relação aos Conselhos de saúde,

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, art. 1º § 2º).

Todavia, mediante as expressões que obstaculizam a realidade atual do processo deliberativo de representação e participação nos Conselhos Gestores, o “Participa SUS” desenvolve uma alternativa para viabilizar a descentralização e participação em espaços institucionalizados da política de saúde.

O objetivo dessa estratégia é proporcionar abertura na discussão da política de saúde através da criação de conselhos de caráter local e distrital estimulando a interlocução da participação da sociedade civil. É preciso prosseguir na cultura política

democrática de participação, da negociação, e da conversação coletiva para se conseguir um nível democrático que defenda as transformações sociais.

Fica, portanto, em evidencia a necessidade de autonomia da sociedade civil, implicando a necessidade de inovar no cenário de participação institucional. Pois ao passo que se observa a proliferação de conselhos, fóruns, comitês, orçamentos participativos, e demais canais de participação institucionalizada se visualiza a necessidade de atualização do entendimento sobre a autonomia da sociedade civil, como princípio fundamental da democracia (CAYRES, 2011).

Nas linhas que se seguem será desenvolvida uma reflexão e qualificação dos Conselhos Distritais de Saúde na cidade de João Pessoa- PB, apresentando posicionamentos a respeito dessa nova “institucionalidade” de desenvolvimento da democracia participativa no município. A intenção que norteia o respectivo estudo tem como parâmetro desencadear o caráter inovador e tradicional desses novos espaços, tendo em vista que deliberar requer aspectos de igualdade política, reflexão e pertencimento cívico.

1.3. Os Conselhos Distritais de Saúde no município de João Pessoa- PB

Culminam na Constituinte e no reordenamento institucional que se seguiu, diversas lutas que tem raízes fincadas na década de 1960. Esse momento político desenvolveu marcas históricas que possibilitam hoje uma abertura no centro das discussões e no que se convencionou a democracia participativa.

Nos dias atuais os desafios para consolidação tanto do SUS, como de todas as políticas sociais públicas compreende em efetivar o direito baseado na universalização, mas, ainda no aperfeiçoamento e fortalecimento do processo de controle social como uma das principais estratégias para a promoção da gestão participativa nas distintas esferas de governo. Se por um lado foi apresentada a ampla mobilização popular pela criação de políticas de caráter universal e de garantia de direitos, o que se mantém em discussão atualmente é a defesa pela ampliação e execução do controle social relativo aos direitos sociais conquistados árdua e historicamente.

Dessa forma, o controle social é considerado estrategicamente como mecanismo de promoção do discurso coletivo sobre a política pública, por outro lado é necessário aprimorá-lo. O espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo; é um espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações. Este espaço é uma situação de partida, e não de chegada (SPOSATI, 1992, p. 373).

A possibilidade de desenvolver nos usuários das políticas públicas a capacidade de representar suas necessidades e as manifestações coletivas compreende o exercício e estímulo da capacidade de formular, opinar, definir, e acompanhar a execução e fiscalização das políticas e ações. A legitimidade da cultura política e do protagonismo de base embasa a perspectiva de indivíduos comprometidos com as demandas vivenciadas pela população e as possíveis alternativas para atuação.

Os programas e projetos sociais que tem como característica o cunho territorializado, recorrendo ao território como um critério à lógica de gestão de proximidade, propõe a mobilização do público nos processos de participação. Essa potencialidade reflete tanto as questões rotineiras como aos espaços públicos elementares associados ainda a mobilizações frente às questões emergentes ligadas as condições de vida (OLIVEIRA, 2009).

Os fundamentos legais instituem os Conselhos de Saúde e mobiliza trabalhadores de saúde, gestores e usuários no controle social do SUS. No entanto, a democracia participativa na gestão pública requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que forneçam a dimensão necessária à gestão participativa.

A resolução 333/2003 ao mesmo tempo em que enfatiza as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, bem como sua estrutura, funcionamento, e competência reflete que o processo de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.

O Conselho Distrital de Saúde (CDS) em conformidade com a Constituição da Republica Federativa do Brasil e regimento interno do município de João Pessoa- PB é um órgão permanente, paritário e consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito de suas competências expressa em seu regimento legal.

A experiência com os CDS se iniciaram desde 2011. O estopim para pensar de fato nessa estratégia de controle social decorreu de um seminário no ano de 2009 que por meio da exposição de experiências de Conselhos Distritais de Saúde- CDS em outros estados foi possível visualizar uma alternativa ao problema do distanciamento significativo da população junto ao Conselho Municipal de Saúde e, por conseguinte os baixos níveis de representatividade nesses espaços também se apresentaram como problemáticas vivenciadas.

O ano de 2011 caracteriza-se pelo planejamento e efetivação dos conselhos distritais de saúde no município de João Pessoa- PB. Em 2012 ocorreu à construção do regimento interno e início de sua implementação através de eleição de conselheiros distritais titulares e suplentes e da mesa diretora.

Em 2013 já se pode visualizar uma trajetória com significativos resultados desses espaços. As atas e a observação do funcionamento dessas instancias proporcionaram de forma mais apurada a compreensão das pautas, encaminhamentos e demandas referentes à realidade de saúde dos distritos sanitários, à construção, implementação e organização dos conselhos distritais de saúde no município de João Pessoa- PB.

No estado do Rio de Janeiro- RJ os Conselhos Distritais de Saúde possuem lei municipal instituindo-os sendo este espaço ainda com caráter deliberativo,

Fica instituído em cada Distrito de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência (Lei municipal, 1993 *apud* MATOS, 2010).

Ao contrário do estado do Rio de Janeiro- RJ, o CDS no município de João Pessoa- PB ainda não é subsidiado por lei municipal e tem caráter consultivo. Ficando o para o Conselho Municipal de Saúde o poder máximo de decisões que não tenham consenso nas plenárias dos CDS e ainda encaminhamento de propostas no âmbito local que tenham relevância a nível municipal.

A cidade de João Pessoa está definida territorialmente sob o desenho de Distritos Sanitários (DS). O objetivo de estabelecer esse formato é decorrente da necessidade de organizar a rede de cuidado do sistema de saúde e garantir o acesso aos serviços.

Mendes (1995) desenvolve uma discussão sobre o espaço do distrito sanitário e amplia um leque de possibilidades em compreender esse espaço para além da concepção de topografia- burocrática, mas, sobretudo, como processo social.

O autor ressalta que se entendermos o distrito sanitário de forma topográfica-burocrática resultará a compreensão de espaço para intervenção, os critérios populacionais e político-administrativos. Mas, pelo pressuposto do distrito sanitário como processo social reflete a intervenção nos serviços sobre os problemas. O distrito sanitário não é somente um passo a mais no exercício de descentralização político-administrativa do sistema de saúde, todavia, é um processo social de mudança das práticas sanitárias.

Mesmo apresentando a ideia de território na sua respectiva abrangência, o distrito sanitário possui potencialidades que visam mudanças em todos os sentidos, seja nas práticas no nível do distrito como nas estruturas das secretarias de saúde. No entanto, se entendermos o distrito sanitário como expressão local acarretaremos a falta de autonomia desse espaço. Por locais devem-se entender fragmentos de um todo, ou seja, partes indispensáveis de uma totalidade (ibidem, 1995).

Portanto, os CDS no município de João Pessoa- PB estão compreendidos em cinco distritos sanitários com essa magnitude de processo social. Os distritos sanitários estão compreendidos em Cruz das Armas, Cristo, Mangabeira, Bairro dos Estados, Miramar e sua abrangência respectivamente. Os CDS têm em seu funcionamento reuniões abertas ao público, e todos os presentes tem direito a voz, após a aprovação da plenária para este fim.

A construção do Regimento Interno em 2011 evidencia a formalização desses espaços na perspectiva de propiciar subsídios legais no exercício de suas atribuições e competências. É importante ainda destacar que o conselho em nível de distrito sanitário possibilita uma aproximação significativa com o poder local, as necessidades locais e o protagonismo dos sujeitos.

O “Participa SUS” criado em 2005 foi um instrumento de fomento a estas instancias. Sob a perspectiva de orientar as ações do governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) se reconheceu a necessidade de aperfeiçoar o controle social no SUS adensando movimentos sociais e trabalhadores de saúde juntamente com a população usuária aos espaços institucionalizados.

Logo, se o “Participa SUS” e as leis que discutem a política de saúde visam o processo de discussão e descentralização da política pública ressaltados pelas instancias de participação, pode-se ressaltar que tal hipótese reflete a possibilidade de que para discutir a política de saúde seja necessário criar mecanismos nas bases da população. Descentralizar as decisões é a perspectiva decorrente da participação dos usuários e demais segmentos da gestão e profissionais de saúde.

O objetivo da gestão participativa é agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentação para os programas e políticas propostas, assegurando a inclusão de novos atores políticos e possibilitando a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade, ampliando, desse modo, a esfera pública e conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (BRASIL, 2005, p. 09).

A necessidade do fortalecimento das instâncias do controle social realizado pelos Conselhos de Saúde e propõe a capacitação dos diversos segmentos que os compõem. Ampliar a participação popular na gestão do SUS mediante a implantação de mecanismos inovadores de participação social, bem como a promoção da consciência sanitária afirmando o direito à saúde e à consolidação do SUS. Os atuais desafios para a consolidação do SUS como política de efetiva universalização do direito à saúde tornam necessários o aperfeiçoamento e fortalecimento do processo de controle social (BRASIL, 2005).

Os Conselhos e Conferências de Saúde vêm mobilizando trabalhadores de saúde, gestores e usuários no controle social do SUS. No entanto, a democracia participativa na gestão pública requer a adoção de práticas e mecanismos novos que forneçam a dimensão necessária à gestão participativa (BRASIL, 2005).

O intuito é refletir o cenário dos Conselhos Distritais de Saúde como “alternativa possível” ao fomento do protagonismo da representação atrelado a importância de interlocução e participação da sociedade civil, ou seja, os usuários do sistema de saúde como um todo nesses espaços.

O que se compreende em nível do Conselho Municipal de Saúde do município de João Pessoa- PB é que como espaço de controle social adquiriu característica de fragilidades e, principalmente, no esvaziamento desses espaços pelas propostas da sociedade civil usuária do sistema de saúde. A questão que merece ser refletida é com

base no desenho organizacional, institucional e principalmente da composição de representantes nessas arenas. Com base em estudos, diagnosticou-se o distanciamento e a falta de participação da coletividade e da socialização das demandas no conselho municipal de saúde.

Férriz (2012) analisa com base no estudo realizado no município de João Pessoa-PB, dando ênfase ao Orçamento Participativo e ao Conselho Municipal de Saúde, que estes não possibilitam perceber de forma significativa transformações nas condições de vida da população em razão direto das reivindicações postas pela participação nessas arenas.

Dessa forma, o intuito é refletir no cenário dos Conselhos Distritais de Saúde como “alternativa possível” ao fomento do protagonismo da representação atrelado a importância de interlocução e participação da sociedade civil, ou seja, os usuários do sistema de saúde como um todo nesses espaços.

Por mais que os conselhos de saúde se constituam como um riquíssimo fenômeno político e institucional existente há mais de uma década, foi possível perceber em sua engenharia institucional algumas fragilidades sejam elas: gestão das políticas públicas, a crescente burocratização, a ausência de impacto na participação popular e principalmente à ausência de noção do protagonismo tanto por parte dos conselheiros representantes dos segmentos paritários como da sociedade civil como um todo sobre o potencial de deliberar nesses espaços de interlocução entre problemas, demandas e alternativas de intervenção nas demandas de saúde.

Matos (2010) ressalta que o aspecto da representatividade significa refletir a respeito da potencialidade do fórum em expressar verdadeiramente aqueles a quem representa. A autonomia também está ligada à qualidade da participação dos Conselheiros. Um aspecto relacionado à autonomia é o caráter deliberativo dos conselhos e a homologação das suas decisões pelo poder público.

Chama atenção para este motivo pelo fato de que não se garante que gestões futuras tenham a perspectiva de dar continuidade a este trabalho de controle social. Seria o que Paim (2012) ressaltou anteriormente de “depende dos humores dos gestores”.

Os Conselhos Distritais de Saúde tem por desígnio possibilitar a participação organizada da população no acompanhamento das ações e dos serviços prestados pelo SUS, nos seus territórios específicos. Visa à melhoria da saúde da população, o que

inclui a possibilidade de acesso aos serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da comunidade. Caberá, portanto ao distrito sanitário em que o conselho esta localizado, proporcionar condições e estrutura para seu funcionamento.

O Regimento Interno apresenta que o Conselho Distrital de Saúde- CDS de João Pessoa tem sua composição de forma paritária, escolhida por voto direto para representar o segmento organizado de usuários, trabalhadores de saúde e representantes dos governos municipal, estadual e federal/ prestadores de serviços de saúde do SUS.

A representação constitui a forma paritária conforme resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde correspondendo, a saber: Usuário 50%, trabalhadores 25%, gestor e prestador 25%. O CDS é constituído de 12 membros, sendo estes 06 representantes dos segmentos dos usuários, 03 trabalhadores e 03 gestores e prestadores. Destina-se a mesma quantidade para os suplentes, em conformidade com a resolução do CMS 04/ 2010.

Conforme norma legal aos CDS compete à implementação, mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, e ao controle social de saúde. Além disso, propõe medidas que contribuam para a melhoria da prestação de serviços no âmbito local, referente ao território do distrito sanitário do qual o CDS esta vinculado, e a capacitação de indivíduos para serem posteriormente representantes do conselho municipal de saúde.

Como reflete Oliveira: “Se não fazemos uso dos nossos direitos, eles sofrem um processo de descredibilidade, deixam de ter importância, de cumprirem sua função, tornam-se letra morta” (2004, p. 90).

Nesse aspecto a função do conselheiro é de relevância pública, voluntária e honorífica, e não gerando direito a remuneração. Mas ainda, evidencia-se o comprometimento e posicionamento fundamentado nas realidades distritais visando tanto por parte dos representantes como da sociedade local uma construção coletiva com a finalidade em resultados que compreendam a execução de ações da política pública.

Os CDS foram criados para que seu funcionamento abrisse uma arena de conversação e de participação no sistema de saúde até então “truncada” pela tensão entre interesses políticos e limitação de propostas por falta da interlocução com a comunidade usuária da saúde.

Portanto, com base nas linhas tecidas, os CDS no município de João Pessoa- PB estão em período de maturidade tendo vivência, ainda, de seu primeiro mandato. A deliberação nesse espaço é propulsora de resultados que contemplem as perspectivas de controle social, uma vez que fazem parte dessas arenas representantes que além do perfil de comprometimento e responsabilidade exigida, são protagonistas enquanto sociedade civil organizada de instituições, trabalhadores e representantes da gestão.

Para tanto, em detrimento as realidades dos espaços institucionalizados no Brasil, essa é mais uma aposta e tentativa de aproximação – descentralizar – com a sociedade civil tendo em vista sua baixa representatividade nas arenas públicas. Mas, seria o caso de colocar vinho novo em odre velho? A estrutura de poder, dinâmica organizacional e o associativismo possibilitam fatores para entender o caráter inovador e tradicional existente nos CDS? E a representação desempenhada pelos conselheiros distritais no município de João Pessoa- PB adquirem o caráter complementar de representação e participação?

Com base nos questionamentos poderíamos refletir que o sentido figurado de “vinho e odre” refletem o conselho distrital como uma instância nova e inédita numa conjuntura baseada em práticas ditas democráticas mas que na verdade possuem um caráter arcaico. A estrutura e lógica dos CDS carregam as mesmas realidades dos conselhos gestores e talvez até mais complexa uma vez que o caráter consultivo dos CDS dificultam a forma de atuação e deliberação dos conselheiros. Quanto ao caráter de representação e participação na perspectiva complementar revela a perspectiva do *dever ser* do ideal democrático, mas que na verdade essa representação está fragilizada no tocante ao apoio e atuação conjunta com a sociedade civil de forma ampla.

Com base nos aspectos da deliberação pública como ideal democrático, o exercício comunicativo deve pautar-se por questões de liberdade, igualdade e publicidade. Neste sentido, é preciso fundamentar alternativas de como desenvolver o processo de democracia participativa para não vir a cair no abismo da descredibilidade, desconfiança e ausência de postura política e empoderamento dos indivíduos que se colocam no patamar de decidir e incidir juntamente com o coletivo sobre políticas sociais e públicas.

O estudo a seguir reflete sobre as concepções dos teóricos da democracia deliberativa sobre a atuação frente às demandas que colocam em questão a deliberação pública e todo o seu entorno.

CAPITULO II- Um modelo deliberativo como alternativa de ação

A alternativa é um modelo deliberativo que faça com que os espaços de discussão com base democrática visem incidir sobre questões relativas, mas, sobretudo entender que deliberar não é uma tarefa fácil. Portanto, com base nesta reflexão neste capítulo realizaremos uma discussão sobre o modelo de democracia deliberativa e problematizaremos a forma de representação e participação no processo democrático.

2.1. Teóricos da Democracia Deliberativa: para entender o processo

Os teóricos fundamentam-se em posturas e considerações históricas. Poderíamos ressaltar desde a teoria clássica da democracia, a pluralista, a delegativa, a elitista, a deliberativa e uma série de outras teorias da democracia. Existem teóricos que afirmam cada uma destas perspectivas e ao mesmo tempo se confrontam na busca por um modelo de democracia ideal.

Para além de enquadrá-los em determinados grupos, nossa intenção se caracteriza em discutir sobre a democracia no seu modelo deliberativo e acentuar algumas visões compatíveis e/ou contrapostas a esse modelo. O que realmente importa refletir como pano de fundo é que “[...] não há democracia sem seu ator principal, que é o cidadão” (DEMO, 1999, p.71).

Para Rousseau, nunca existiu, nem existirá verdadeira democracia, o que existe é uma busca do melhor regime possível que não restrinja os direitos humanos presentes no estado de natureza. A teoria do “contrato social” apresenta a defesa de um regime baseado na democracia participativa em Estados de pequenas extensões, garantindo o exercício da cidadania, gerando a igualdade e liberdade entre os homens.

A vontade geral, aquilo que há de comum em todas as vontades individuais, “jamais pode alienar-se”, na medida em que o soberano, ou seja, um ser coletivo, só pode ser representado por si mesmo³. Deste modo, Rousseau deixa clara sua preferência

³ Contratto sociale, III, 15. (Trad. bras. São Paulo, Abril, "Os Pensadores").

por um regime democrático que tem na participação direta dos indivíduos a virtude maior.

Acredita, sobretudo, que a classificação de um governo extraordinário não convém a homens, mas, que a democracia deve ser entendida como autogoverno. Provém da necessária convivência dos indivíduos livres e iguais que deve prolongar-se a todos os âmbitos de convivência dentro da sociedade civil: desde o âmbito familiar, a relação entre as gerações, as relações trabalhistas e todas as associações e instituições.

Para Nobert Bobbio (1986), independente dos fins que o modelo da democracia apresente seu propósito jamais será autocrático.

Existem democracias mais sólidas e menos sólidas, mais invulneráveis e mais vulneráveis; existem diversos graus de aproximação com o modelo ideal, mas mesmo a democracia mais distante do modelo não pode ser de modo algum confundida com um estado autocrático e menos ainda com um totalitário (p. 37-38).

Na teoria democrática das últimas décadas, é visível a ampliação da influência das vertentes deliberativas. Com sua ênfase nos aspectos discursivos do processo político, associado à ideia da participação de todos no debate como critério de legitimidade. Os chamados "deliberacionistas" compreendem o lugar central nas discussões sobre o significado da democracia.

O tema da deliberação pública apresenta-se hoje como referência fundamental, para pesquisadores que desejam investigar como a formação de uma esfera pública de discussão ampliada pode contribuir não só para a construção de um sistema democrático marcado pela aproximação entre instâncias formais do governo e espaços informais de discussão entre os cidadãos, mas também para um melhor entendimento e abordagem apropriada dos conflitos políticos e sociais travados nas sociedades contemporâneas (MARQUES, 2009).

A deliberação foi refletida por Aristóteles para se concretizar como atividade paradigmática da virtude política e da autorregulação. Apenas aqueles que deliberam bem podem manter seu próprio autogoverno. Entretanto, como a democracia direta, o ideal aristotélico de deliberação implica uma comunidade política pequena e homogênea. Nada obstante, as democracias modernas ampliaram o aprendizado da deliberação para várias comunidades as quais abrangem todos como politicamente semelhantes, independentemente de credo, status ou cultura (BOHMAN, 2009).

Conjecturar sobre a democracia deliberativa é situar o debate em torno da formação da esfera pública e todos os mecanismos que desencadeiam desse processo. “A deliberação estimularia as pessoas não apenas a expressar suas opiniões políticas, mas também a formar essas opiniões através do debate público” (VITULLO, 2000 *apud* LUCHMANN, 2007, p. 28).

A década de 90 vivencia a generalização do discurso da “participação”. Os mais diversos atores sociais, tanto na sociedade como no Estado, reivindica e apoia a democracia participativa, o controle social sobre o Estado, e a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil.

Para Avritzer (2009) houve uma “virada” no centro da teoria democrática, e os teóricos da democracia deliberativa compreendem que esse processo ocorreu na direção da democracia deliberativa. A guinada de ordem teórica se expressa na adoção pelos principais teóricos contemporâneos do conceito de “deliberação”. A questão prática é percebida pelo exercício da deliberação em um conjunto bastante diversificado de instituições políticas nas democracias contemporâneas.

Conforme o supracitado a democracia deliberativa possui quatro elementos principais que se destaca como “centro do cânone democrático deliberativo”. Parte do pressuposto da superação de uma visão que agrega a democracia centrada no voto (SHUMPETER, 1944; SARTORI, 1994 *apud* AVRITZER, 2009, p. 12). Em segundo lugar, a democracia deliberativa identifica a racionalidade política com a ideia de transformação e defesa de primazias.

Em terceiro, a democracia deliberativa pressupõe um princípio de inclusão em que todos os indivíduos envolvidos em um processo de produção de normas e ações devem poder exhibir as suas razões, e por fim, a democracia deliberativa envolve a ideia de construção institucional com base na proposição de que as preferências dos indivíduos por formas amplas de discussão devem aludir à procura por instituições apropriadas para efetivar tais precedências (COHEN, 1997 *apud* AVRITZER, 2009).

Para Avritzer, a obra de Habermas sempre esteve vinculada à tentativa de reintroduzir o debate argumentativo na análise da política. Como precursor da teoria da ação comunicativa, Habermas expressa a relação entre os sujeitos na busca do conhecimento coletivo. Para o autor,

[...] não é a relação de um sujeito solitário com algo no mundo objetivo que pode ser representado e manipulado, mas a relação intersubjetiva, que sujeitos que falam e atuam, assume quando buscam o entendimento entre si, sobre algo. Ao fazer isto, os atores comunicativos movem-se por meio de uma linguagem natural, valendo-se de interpretações culturalmente transmitidas e referem-se a algo simultaneamente em um mundo objetivo, em seu mundo social comum e em seu próprio mundo subjetivo (HABERMAS, 1984 *apud* PINTO, 1995, p.3).

A ação comunicativa aparece como uma interação dos sujeitos, capazes de falar e agir de forma natural. Assim, estabelece relações com o desígnio de conseguir uma compreensão sobre a conjuntura e sobre os planos de ação, com o objetivo de coordenar suas ações por meio do entendimento.

No entanto, essa ação que propunha a relação entre os sujeitos não garante uma coesão social somente por meio dos processos comunicativos de busca do entendimento. Para Habermas (*apud* PINTO, 1995) existem duas formas básicas de integração de um sistema de ação, a saber: Integração social, impetrada por meio de um consenso alcançado normativamente ou comunicativamente, e a Integração sistêmica obtida através de uma regulação não normativa das determinações individuais, que vai além da consciência dos atores, via mecanismos autorregulados como o mercado, ou a burocracia.

A teoria deliberativa habermasiana encontrou grande aceitação entre os principais teóricos da democracia deliberativa. Para Marques (2009) a explicação é decorrente da valorização proporcionada à necessidade de articulação entre o discurso institucional e a conversação cívica entre os cidadãos. Esse modelo pauta-se na deliberação que estabelece formas de comunicação capazes de garantir a legitimidade das políticas públicas ao criar articulações discursivas com o âmbito institucional e os cidadãos.

Para tanto, Marques (2009) acentua que o engajamento na deliberação demanda que todos os participantes sejam capazes de formular razões próprias e passíveis de serem compreendidas e aceitas. É justamente através da iniciativa em debater, refletir e interpretar as necessidades, que se expõem os interesses sob uma perspectiva coletiva e generalizante. A contribuição do modelo deliberativo reflete “[...] para o bom funcionamento da democracia por meio da gestão de procedimentos que guiem as ações comunicativas através das quais os cidadãos trocam argumentos de maneira cooperativa e, ao mesmo tempo, conflitiva” (p.13).

A capacidade de dialogar faz com que os indivíduos façam parte desse modelo de democracia deliberativa. É através das diferenças que se concretiza a finalidade de proporcionar a compreensão de um determinado problema e sua possível solução.

Além disso, Marques (2009) afirma que o ato de deliberar não se limita apenas a trocas discursivas é, sobretudo, um processo social de comunicação. Os indivíduos têm a oportunidade de apresentar suas perspectivas, interpelando e demandando sua validação após uma discussão baseada no respeito recíproco. Sob esse viés, a deliberação pode ser compreendida como uma atividade discursiva capaz de conectar esferas comunicativas formais e informais, nas quais diferentes atores e discursos estabelecem um diálogo. O objetivo se revela na compreensão de um problema coletivo ou de uma questão de interesse geral.

A deliberação não é unicamente uma busca pontual por soluções racionais e imediatas, nem um processo restrito aos contextos institucionais formais nos quais os autores tem contato real (GOODIN, 2005; AVRITZER, 2000; CHAMBERS, 2003 *apud* MARQUES 2009).

Segundo Habermas (1997 *apud* MARQUES, 2009) a deliberação é também um processo de aprendizagem que se estabelece de forma reflexiva e auxiliam os cidadãos a melhor compreender um determinado problema de interesse coletivo. Assim, em vários fatos a deliberação,

[...] é o resultado de uma atualização constante das discussões e das conversações políticas que acontecem em esferas públicas parciais, de maneira a alimentar uma prática de intercompreensão, cujo objetivo é a constituição de um espaço público de debate, de confrontação e de revelação dos antagonismos constitutivos das identidades políticas (LAMIZET, 2004; SHAPIRO, 2002 *apud* MARQUES, 2009, p. 15).

É preciso, sobretudo levar em consideração que não se deve reduzir a deliberação somente a troca argumentativa, mas compreender as situações e os contextos nos quais essa troca se produz.

Segundo Marques (2009) a deliberação não se apresenta como uma atividade argumentativa que se desenvolve num contexto específico. Reflete um processo social, político e comunicativo que implica várias práticas de intercompreensão. Portanto, a deliberação não pode ser caracterizada como uma atividade restrita a um único contexto, nem como uma prática discursiva exclusiva e linear. Cada um dos diferentes

contextos e atores inseridos sejam os partidos políticos, os movimentos sociais, cidadãos e etc., desenvolvem trocas dialógicas intencionalmente articuladas. A política deliberativa é construída por meio de uma rede complexa de discussões e discursos na qual os cidadãos aprendem a construir argumentos. No entanto,

[...] o processo social e comunicativo da deliberação não pode ser reduzido às trocas argumentativas submetidas às regras e aos princípios discursivos ideais. É necessário, então, verificar na prática discursiva dos indivíduos como as opressões simbólicas, as desigualdades econômicas, a invisibilidade social e a falta de habilidade para usar racionalmente a linguagem criam barreiras ao engajamento na deliberação. É a partir dessa avaliação que podemos melhor descrever os riscos e as dificuldades impostos pela ação de se apresentar diante do outro, de interpretá-lo e de ser por ele interpelado, enfim, de defender proposições e de lutar por reconhecimento (idem, p.21).

Perceber a deliberação como processo social e comunicativo implica a concepção de uma dinâmica capaz de articular diferentes contextos e atores. A deliberação se configura como um processo que se realiza na perspectiva de construção da realidade e o reconhecimento dos sujeitos por meio dos posicionamentos e a forma peculiar de cada um que a interpreta. Por isso que esse processo de interação de argumentos não deve estar submetido a normas. É preciso proporcionar aos falantes a liberdade de se expressar da forma que deseja.

Habermas (2005) reconhece que as rotinas e as interações cotidianas são fontes fundamentais da construção de atitudes políticas dos cidadãos. Ainda admite que por mais que a deliberação seja uma forma exigente de comunicação, ganha seus contornos nas rotinas cotidianas de troca de razões. Esse processo é fortificado pelas necessidades que rodeiam os indivíduos fomentando o diálogo coletivo.

A deliberação é acionada por permitir aos interlocutores uma construção negociada e racional de uma melhor compreensão de um problema público. A atividade discursiva é levada com a finalidade de deliberar sobre assuntos que diz respeito aos indivíduos nos seus contextos sociais. Oferece, portanto aos interlocutores a possibilidades de melhor expressar, articular e revisar seus interesses e necessidades particulares que, por conseguinte se tornam coletivos por terem outras pessoas envolvidas nessa realidade (BOHMAN, 1996 *et al apud* MARQUES, 2009).

A perspectiva dialógica também faz parte do que Bohman (2009) acredita ser o modelo ideal no desenvolvimento de uma democracia deliberativa. Nas palavras do

autor: [...] é somente em diálogo com os outros que as muitas e diversas capacidades para a deliberação são exercidas conjuntamente (p. 32).

Por considerar a deliberação de caráter público o autor reflete que todos os cidadãos são igualmente emponderados a participar das decisões e razões coletivas. Para tanto, possuem igualdade política, ou seja, os mesmos direitos civis, o mesmo status diante da lei e voz igual ao tomar decisões.

O sentido público alude não só a sua forma caracterizada por cidadãos e ao modo como deliberam, mas ainda aos tipos de razões que apresentam na deliberação. Essa questão se acentua nas razões oferecidas para a deliberação em uma esfera pública, que necessitam ser convincente para todos. Apesar disso, [...] a deliberação tem que tomar a forma argumentativa, como a troca de razões à luz de informações disponíveis, e precisa permanecer aberta a revisões futuras (BOHMAN, 2009, p. 41).

As razões que sustentam uma decisão política são públicas quando convincentes o bastante para motivar cada cidadão. Razões desse tipo precisam ser produzidas e examinadas em uma deliberação livre e racional. Os cidadãos diante dessa razão pública de democracia deliberativa possuem igual status e voz efetiva. Essas são as condições de não tirania, igualdade e publicidade.

Em sendo assim, Bohman (2009) apresenta que os espaços sejam qual for a sua forma devem ser fundamentados por princípios como a igualdade política, a não tirania e a publicidade que tornam a democracia com fundamento deliberativo. Estes princípios por sua vez desenvolvem a capacidade e postura que cada cidadão precisa desempenhar numa arena de debate. A igualdade política tem como pressuposto que cada cidadão precisa ter uma chance igual de falar, o acesso a arenas, e oportunidade na tomada de decisão.

Embora esses ideais individualmente exijam muito, necessitam estar agrupados. A igualdade e a não tirania no desenvolvimento deliberativo ainda não são suficientes para o autor. Isso a tornaria insuficientemente democrática. É preciso, portanto para torna-la democrática o princípio da publicidade. Ou seja, além da execução nas arenas de decisão as intenções dos interlocutores precisam ser divulgadas a todos que não estiveram por algum motivo nesses espaços.

Somente quando aqueles afetados são capazes de articular suas necessidades e experiências na esfera pública é que uma reforma adequada pode ter lugar; nenhum conjunto contrafactual de reflexões pode tomar o lugar de um

diálogo no qual o público vê os problemas das perspectivas dos beneficiários (ibidem, p.81).

A concretização de um espaço de debate se realiza por meio da apresentação de suas abordagens, experiências, visões e inquietações na busca de soluções. Para Bohman (2009) essa é a verdadeira democracia de cunho deliberativo. O ato de falar, refletir, e indagar sobre as contingências sociais desempenha a capacidade dos emponderados - afetados- a desenvolverem seu papel de cidadãos. É através do diálogo e da apresentação coletiva, que os problemas ganham visibilidade pelo olhar de quem vivencia as particularidades em que estão inseridos.

Joshua Cohen acredita na importância de princípios no interior de uma deliberação pública. Desenvolve uma noção de associação democrática como um ideal político fundamental.

Para Cohen (2009) quando gerida de modo apropriado, a política democrática abrange a deliberação pública apreendida ao “bem comum”. A forma de igualdade, as identidades e os interesses entre os cidadãos, contribui para a formação de uma concepção pública do bem comum. O autor analisa que “[...] o debate público político deveria ser conduzido em termos de consideração sobre o bem comum, pois não podemos esperar resultados que o contemplem a não ser que as pessoas estejam procurando por eles” (p.89).

O conhecimento de uma democracia deliberativa está fundamentado no ideal intuitivo de uma assembleia democrática na qual a justificação e as condições da associação decorrem do argumento público e da troca de razões entre cidadãos. Os cidadãos compartilham o compromisso com a resolução de problemas e entendem as instituições legítimas na medida em que existe o estabelecimento do arcabouço para a deliberação pública livre (COHEN, 2009).

Esse ideal pelo qual afirma Cohen baseia-se no que ele denomina de “concepção formal” da democracia deliberativa. Diante dessa perspectiva o supracitado apresenta uma abordagem de procedimento deliberativo ideal. Esse desenho oferece a justificação de um argumento público e da troca de razões entre cidadãos de cunho igualitário com proposição de um modelo para as instituições deliberativas.

São cinco características que justificam a concepção formal de democracia deliberativa. Primeiro Cohen (2009) afirma que uma democracia deliberativa é uma reunião livre e em constante processo num futuro incerto. Segundo, os membros dessa

associação partilham o compromisso para coordenar as atividades dentro de instituições que proporciona a deliberação possível. A terceira característica é de uma democracia deliberativa pluralista. As preferências, convicções e ideais diversos fazem parte dos objetivos coletivos, e não existe a ideia de que algum conjunto particular tenha posição superior. Outra característica é referente aos componentes de uma agregação democrática que veem os procedimentos deliberativos como fonte de legitimidade. E ainda, os membros reconhecem-se mutuamente como portadores de capacidades deliberativas. Estas habilidades se apresentam como competências para troca de razões e ação diante dos resultados desse processo.

As proposições do autor fazem parte de uma perspectiva voltada as condições e formas deliberativas pautadas na concepção ideal de decidir sobre questões compartilhadas. Para além dessas maneiras apresentadas, ressalta-se que estas condições serão reguladas somente quando fizerem parte de uma escolha coletiva. É justamente por acreditar em formas dessa natureza que Cohen elabora o procedimento deliberativo ideal. Pois, como citado anteriormente é necessária à execução de determinadas formas de ordem social que proporcione condição para a decisão deliberativa. Em sua opinião, “[...] o procedimento deliberativo ideal deveria proporcionar um modelo no qual as instituições se espelhariam [...]” (idem, 2009, p. 92). Existem, aspectos gerais sobre esta metodologia, a saber: decidir sobre uma agenda, propor soluções alternativas, fundamentar as soluções com base em razões e apresentar alternativas.

O procedimento aludido pelo autor pode ser definido sucintamente. A deliberação é livre, pois os participantes se veem vinculados pelos resultados e precondições de sua deliberação. É uma troca de razões, pois todos apresentam ensejos para ascensão de propostas, com a finalidade de sustenta-las ou critica-las. As partes nessa metodologia são formal e substantivamente iguais. Essa igualdade se define no status, regras, proposição da agenda e voz. E por fim, almeja chegar a um consenso racionalmente motivado (COHEN, 2009).

Existem dois destaques sinalizados por Cohen (2009) que merecem ser compreendidos.

O primeiro é que desigualdades materiais é uma fonte importante de desigualdade políticas. O segundo ponto é que arenas deliberativas que são organizadas exclusivamente em torno de linhas locais e compartilhadas, ou de questões específicas, não apresentam a probabilidade de produzir a

deliberação aberta requerida para institucionalizar um procedimento deliberativo (p. 104).

Na reflexão de Cohen a desigualdade material compreende a postura apolítica, todavia, quando o autor refere-se à deliberação no seu caráter local de forma limitada e com particularidades restritas é necessário fazer algumas considerações. O autor aponta essa metodologia como linhas focais compartilhadas, todavia, acredita-se que uma esfera pública de deliberação, ou seja, um espaço seja este qual for que se direcione a discutir problemas de empenho mútuo é indispensável para a legitimidade democrática.

Neste aspecto, acreditar e viabilizar a dinâmica da discussão local a espaços de dimensão amplos é uma alternativa para fortalecer para que essa interlocução com as bases faça parte da legitimidade em um processo deliberativo.

É justamente diante da possibilidade em igualar toda forma de manifestação coletiva de deliberação que Benhabib (2009) compreende que o modelo de democracia deve almejar diminuir a lacuna existente em meio à ‘alta’ política e a ‘baixa’ política corroborando a qualidade dos debates habituais das pessoas comuns. Atenta, sobretudo para o alcance do “bem” da legitimidade nas sociedades democráticas contemporâneas. Nas palavras da autora: “[...] a legitimidade nas sociedades democráticas complexas precisa ser entendida como resultado da deliberação pública livre e isenta de constrangimentos a respeito de tudo aquilo que se relaciona a questões de interesse comum” (p. 110).

A literatura contemporânea sobre a institucionalização democrática alude que o modelo de democracia deliberativa tem inspirado teóricos políticos e sociais a vislumbrar novos desenhos institucionais no contexto dessas sociedades. Benhabib (2009) ressalta um modelo deliberativo de democracia que incorpora características da “racionalidade prática”. Para a autora as instituições políticas devem ser organizadas com a finalidade de que o que for discutido e decidido de forma generalizada resulte da ação deliberativa coletiva. É, portanto esta a condição para que a legitimidade em processos de decisão seja considerada racionalmente justa e livre entre os indivíduos. Dessa forma, quanto mais à tomada de decisão se aproximar desse modelo, igualmente aumenta sua legitimidade e sua racionalidade prevista. Para a autora,

[...] a democracia é bem mais entendida como um modelo para organizar o exercício coletivo e público do poder nas mais importantes instituições de

uma sociedade. Com base no princípio de que as decisões que afetam o bem-estar de uma coletividade podem ser percebida como o resultado de um procedimento livre e reflexivo de deliberação entre indivíduos considerados moral e politicamente iguais (p.110).

A democracia é uma condição proporcionada aos cidadãos em torno de suas ideologias, opiniões e virtudes. A autora entende como organização do poder nas instituições. E, quando as decisões estão interligadas ao bem estar são resultantes de uma deliberação com metodologia desenvolvida por indivíduos livres e pensantes.

Conforme Benhabib (2009) o modelo da “ética no discurso” estabelece os princípios mais gerais e as concepções morais que estão fundamentadas nas demandas de legitimidade do modelo deliberativo de democracia. A ideia central desse modelo tem por base os princípios gerais de ação e arranjos institucionais que podem ser considerados como válidos. Se, essas normas forem resultantes do acordo entre os sujeitos e esse acordo for alcançado como consequência da deliberação isso corrobora que as regras não limitam a agenda da conversação ou a identidade dos participantes. No entanto, é preciso salientar que as pessoas ou grupos que se sintam à margem do processo deliberativo mostrem de maneira justificável que foram afetados de forma acentuada pela proposta em ação.

Com base na supracitada autora, as características do processo de deliberação se expressa pelos seguintes pressupostos: 1) a participação nessa deliberação é governada pelas normas de igualdade e simetria: todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, de questionar, de interrogar e de instaurar um debate; 2) todos tem o direito de questionar os tópicos designados para a conversação; 3) todos possuem o direito de produzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e sobre o modo como são aplicadas ou empregadas;

Conforme a supracitada, com o modelo deliberativo, os procedimentos da deliberação geram legitimidade e ainda asseguram algum grau de racionalidade prática. As demandas desse processo se apresentam por meio de tomadas de decisão compreendidas em primeiro plano, porque é um processo que se desenvolve para que os indivíduos estejam informados. De modo equivalente, o desenvolvimento de preferências coerentes não pode anteceder a deliberação, mas, pode sucedê-la. É oportuno citar que frequentemente que as aspirações e as opiniões dos indivíduos ingressem em conflito uns com os outros. No desenvolvimento da deliberação e da troca

de pontos de vista, os indivíduos tornam-se mais cautelosos a esses conflitos e sentem-se empenhados a ordenar coerentemente seus desejos e suas apreciações.

Outra questão significativa sinalizada é que a articulação em público estabelece reflexão a propósito das preferências e opiniões dos indivíduos. Ao apresentar seus pontos de vista aos outros é necessário que seja fundamentado com boas razões para ter apoio dos demais envolvidos nesse processo.

Nesse aspecto, um modelo deliberativo de democracia alude uma condição de racionalidade prática necessária, porém não suficiente, porque assim como qualquer procedimento, ela pode ser mal interpretada, aplicada e utilizada de modo abusivo. É importante destacar que os procedimentos utilizados na deliberação não podem ditar resultados, nem determinar e controlar a qualidade e a troca de razões utilizadas pelos participantes (BENHABIB, 2009).

Ainda, a oportunidade de que todos os afetados iniciem o discurso de deliberação implica que nenhum resultado seja fixado antecipadamente, mas que ocorra revisão e conseqüentemente uma nova análise no que foi discutido. Essa significaria para a autora a justificação normativa da regra da maioria enquanto um processo decisório procedido desse modelo. Benhabib (2009) conjectura a seguinte afirmativa: “Em muitas instâncias a regra da maioria é um procedimento decisório justo e racional, não porque a legitimidade reside em números, mas porque a maioria das pessoas está convencida sobre determinado ponto [...]” (p.116).

A regra da maioria na perspectiva da autora tem por base o aspecto revisionista diante dos resultados. Mostra, sobretudo, que na maioria das instancias este tipo de princípio se baseia de forma racional e na persuasão das pessoas. Quando um significativo grupo de sujeitos apresenta certa visão em determinadas questões, essa demanda é considerada racional estando submetida à possibilidade de um novo exame.

A reflexão sobre a regra da maioria apresenta-se de forma variada. Para Benhabib a questão não reside na elevação de números, mas o resultado das visões que estão concebidas e os procedimentos que demanda a produção dessa decisão.

Não são meros números que sustentam a racionalidade de uma conclusão ou decisão, mas o pressuposto de que, se um grande número de pessoas vê certos problemas de certo modo, como o resultado do emprego de certos tipos de procedimentos racionais de deliberação e de produção de decisão, tal conclusão possui uma demanda presumível para ser considerada como racional até que se prove o contrário (BENHABIB, 2009, p. 117).

A perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo deliberativo demanda reflexividade, capacidade de persuasão, mas esses aspectos não podem se colocar como “ditadores” de demandas e resultados. É dessa forma que se afirma que esse modelo deliberativo de democracia e de racionalidade prática apresentado por Benhabib é de cunho procedimentalista. A razão dessa peculiaridade é a ênfase a práticas que proporcionem decisões aos problemas em questão. Alguns destaques adicionais ressaltados por Benhabib (2009) a respeito da democracia merecem ressalva, a saber: o valor do pluralismo, conflito de interesses na vida social e a deliberação para além de uma assembleia de massa.

O desafio imposto à racionalidade democrática é o de conseguir formulações aceitáveis do bem comum, apesar de seu inevitável valor pluralista. As combinações em sociedade precisam ser almeçadas por meio dos processos, procedimentos e práticas empregadas para revisar crenças. Nesse aspecto o procedimentalismo para Benhabib é uma resposta racional a conflitos de valor da condição substantiva.

Quanto aos conflitos da vida social, apresenta-se sob o véis de uma dinâmica em curso, com desordens de interesse e de cooperação. Mesmo que existam condições em que os interesses de um indivíduo ou grupo sejam negativamente afetados, os procedimentos democráticos têm de convencer que as condições de cooperação mútua são legítimas. A existência dos conflitos de interesse torna mais relevante a suposição de soluções procedimentais para a avaliação do conflito. As metodologias necessitam ser observadas como técnica utilizada para articular, filtrar e pesar interesses (BENHABIB, 2009).

Outro aspecto suscitado é de que qualquer modelo procedimentalista e deliberativo de democracia está “[...] num primeiro momento, aberto ao argumento de que nenhuma sociedade moderna pode organizar seus assuntos segundo a ficção de uma assembleia de massa [...]” (p. 119) Mas, a autora argumenta que pode haver uma fronteira invisível à extensão do corpo deliberativo. As particularizações procedimentais privilegiam uma pluralidade de modos de associação que vão desde os partidos políticos a iniciativas dos cidadãos, os movimentos sociais, associações voluntárias, grupos de conscientização, entre outros, por meio dos quais todos afetados tem o direito de raciocinar e ponderar sobre suas questões.

É através dessas múltiplas formas de associações, redes e organizações que surge uma “conversação pública anônima”. Esses múltiplos “focos” de formação e disseminação de opinião compreendem todos em processos livres e espontâneos de comunicação⁴.

Conforme o exposto, Benhabib (2009) alerta que existe uma crítica realizada em torno do modelo de democracia deliberativa que defende. A crítica frequentemente feita aos modelos normativos de democracia é aquela alusiva à irrelevância ideal. Como citado pela autora o argumento a essa questão é que “Isso pode soar bem teoricamente, mas é irrelevante na prática⁵”.

No entanto, Benhabib (2009) ressalta que a finalidade é fazer com que a teoria seja algo capaz de elucidar a lógica das práticas e princípios democráticos existentes. A teoria deliberativa da democracia não é uma teoria em busca da prática, mas uma teoria que demanda a elucidação mais eficaz de alguns aspectos das práticas democráticas existentes. Por conseguinte a autora ainda salienta outro fato: “Tal questão não deve ser sobre ‘se a democracia discursiva pode tornar-se a prática de sociedades complexas’, mas ‘se as sociedades complexas ainda são capazes de manter um governo democrático’” (p. 135).

É desafiador entender que a questão é muitas vezes para além de modelos normativos. É preciso ainda que os sujeitos estejam abertos e mobilizados para a discussão livre e coletiva na perspectiva de discutir demandas particulares que se expressam amplamente na necessidade de todos.

Cooke (2009) argumenta que o entendimento sobre deliberação tem por base a troca argumentativa livre de constrangimentos e levada a transformação de preferências. Mas, embora a autora acredite que a deliberação objetive conseguir um acordo racional, reconhece a probabilidade de que possa fracassar em produzir concordância.

Maeve Cooke sinaliza cinco argumentos a favor da democracia deliberativa e reflete, sobretudo a insuficiência dos quatro primeiros requerendo a ajuda do quinto.

⁴É crucial para o modelo de democracia deliberativa privilegiar a esfera pública de redes e associações de deliberação, contestação e argumentação que se entrecruzam e se sobrepõem. Atualmente, nosso modelo de referência tem de ser aquele de um meio de múltiplos focos de formação e disseminação de opinião, associados de maneira livre, e que afeta uns aos outros em processos livres e espontâneos de comunicação.

⁵ “Sociedades modernas complexas, com suas esferas de vida culturais, econômicas, sociais e artísticas altamente diferenciadas, não podem ser e não serão nunca organizadas a partir das linhas sugeridas por um modelo de democracia deliberativa” (BENHABIB, 2009, p. 134).

São estes: primeiro é que o processo da deliberação pública tem um poder educativo, o segundo argumento é de que o processo da deliberação pública tem um poder de gerar comunidade, o terceiro é que o procedimento da deliberação pública aperfeiçoa a justiça dos resultados democráticos, o quarto argumento apresenta que a deliberação pública contribui construtivamente para a racionalidade prática dos resultados democráticos e o quinto argumento reflete que a democracia deliberativa elucida um ideal de democracia que é mais equivalente com ‘quem somos’.

Na concepção de Cooke (2009) a quinta estratégia argumentativa não é somente a melhor defesa disponível da democracia deliberativa, como pode ser bem utilizada em debates contemporâneos a respeito dos méritos de interpretações divergentes do ideal deliberativo.

Para Gutmann e Thompson (2009) os princípios deliberativos precisam ser tanto substantivos quanto procedimentais.

Uma teoria democrática que evita os princípios substantivos para que permaneça puramente procedimental sacrifica um valor essencial da própria democracia: seus princípios não podem assegurar um tratamento dos cidadãos do modo como pessoas livres e iguais deveriam ser tratadas em uma sociedade democrática na qual as leis vinculam a todos igualmente (p. 178).

Dessa forma, é crucial para os autores que exista a junção de princípios procedimentais e substantivos (liberdade, igualdade individual e de oportunidade) ao processo democrático deliberativo, ao contrário do que conjectura a argumentação dos procedimentalistas puros.

Gutmann e Thompson (2009) defendem ainda a provisoriedade no processo de deliberação. A abertura a revisão de uma teoria democrática deliberativa sendo esta simultaneamente procedimental e substantiva é o significado de que os princípios devem ser tratados como moral e politicamente provisórios.

Dessa forma, em se tratando de uma teoria democrática com base em princípios é preciso definir que tipos de princípios concernem a esse processo. Devemos analisar primeiro a definição e as implicações de reciprocidade. Gutmann e Thompson (2009) fazem alguns questionamentos que se apresentam cruciais ao que se pretende entender por um modelo de democracia fundamentado por princípios.

Assim, ressaltam: “Por que reciprocidade requer deliberação”. A reciprocidade certifica que os cidadãos devem justificar-se sobre as leis e as políticas públicas que eles elaboram e os vinculam mutuamente.

No entanto, é válido lembrar que essa justificação mútua não pode proceder sem se amparar sobre valores substantivos, mesmo que as razões satisfaçam padrões formais. Por exemplo: “Negar o direito de voto a algumas pessoas é uma privação procedimental que se mostra inconsistente com a reciprocidade: não podemos justificar leis coercitivas a pessoas que não tiveram nenhuma participação em sua produção” (p. 181).

Por conseguinte, Gutmann e Thompson (2009) afirmam que os princípios num processo democrático teriam que ser tanto procedimentais quanto substantivos e a relevância dos cidadãos e/ ou seus representantes como interlocutores de posicionamentos que justifiquem suas bases coletivas.

Uma teoria é ‘deliberativa’ se os termos justos da cooperação social incluem o requerimento de que os cidadãos, ou seus representantes, realmente procuram oferecer uns aos outros razões mutuamente aceitáveis para justificarem as leis que adotam (p. 182).

“Por que a reciprocidade requer princípios substantivos”. Tendo em vista que a prática da deliberação é uma ação baseada na troca recíproca de razões e decisões coletivamente vinculantes, este é um processo de busca de determinações mutuamente vinculatórias fundamentado em razões recíprocas e justificáveis.

Torna-se oportuno ressaltar que “O próprio princípio da reciprocidade não expressa valores nem puramente procedimentais, nem puramente substantivos” (idem, p.185). Uma perspectiva recíproca é tanto procedimental quanto substantiva.

Outro ponto a se destacar pelos autores é que uma teoria subsidiada por princípios procedimentais não tem dificuldade em afirmar que o que a maioria decide mesmo tendo sido fruto de uma deliberação longa está injusto. Por meio de uma teoria deliberativa, se obtém a capacidade de combater a tirania da maioria em termos substantivos. Conforme os supracitados precisamos ser capazes de dizer que uma maioria age incorretamente se esta tende a violar a basilar liberdade. “A tirania da maioria é digna de contestação não só em bases procedimentais, mas também substantivas.” (ibidem, p. 188) A democracia nunca significou meramente a regra da maioria.

A política democrática é palco de significativos conflitos entre princípios. No entanto, se imaginarmos uma teoria democrática que procura se enclausurar desse tipo de situação, restringindo o aspecto de princípios que inclui, possivelmente estará menos relevante para reconhecer e solucionar os desentendimentos com os quais as democracias tipicamente confrontam. A inclusão de princípios procedimentais e substantivos certamente aumenta o potencial para o conflito (GUTMANN; THOMPSON, 2009).

Uma questão salientada por Gutmann e Thompson é concernente ao fundamento do espaço deliberativo, a discussão lançada, as pessoas abrangidas, principalmente os representantes, e os princípios que regem essas questões.

Será que os corpos responsáveis pelo processo de tomada de decisão reúnem representantes de todas as pessoas que são mais afetadas pela decisão a ser tomada? Será que os representantes são *accountable* diante de todos os que os elegeram? Essas questões procedimentais não podem ser respondidas no contexto desses debates sem que pergunte também: até que ponto a substância das decisões é justificável a todas as pessoas que se encontram vinculada através delas? Excluir o critério substantivo que julga a justiça das decisões seria algo moralmente arbitrário e incompleto de acordo com a própria premissa de reciprocidade sustentada pela democracia deliberativa (idem, p. 191).

A representação envolve premissas que devem ser levadas em consideração pelo papel e a função que demandam. É importante refletir sobre a cobertura dos grupos no universo complexo da coletividade, a responsabilidade requerida e objetivo adquirido como norteamento justificável a todos.

Outro questionamento utilizado pelos autores é expresso da seguinte forma: “Por que os princípios devem ser moralmente provisórios”. Os princípios da democracia deliberativa possuem um status provisório e desse modo se tornam mais abertos.

Nesse processo são consideradas novas evidências, argumentos, interpretações e razões oferecidas por aqueles que talvez em outra situação se colocassem em oposição. A essa ação de troca mutua de razões implica para Gutmann e Thompson (2009) que cada participante envolvido considere seriamente essa nova evidência. Os cidadãos e seus representantes devem, portanto se posicionar a prova em suas “opiniões” políticas, mantendo aberta a possibilidade de aceitação ou rejeição, mas que o denominador seja a revisão.

E ainda, no tocante ao caráter temporário das deliberações “Por que os princípios devem ser politicamente provisórios”. A provisoriedade política consiste na necessidade em que os princípios deliberativos e as leis precisam não só estar sujeitos à deliberação e reconsideração atual como também a revisão em um período posterior.

De acordo com esse pressuposto Gutmann e Thompson (2009) asseguram ainda que as pessoas devem ser visualizadas como agentes políticos que assumem parte no processo de governo, de forma direta ou por meio de seus representantes, apresentando e respondendo a razões que justificariam as leis sob as quais estão inseridos coletivamente.

A provisoriedade política prossegue mais além do que sua compensação moral. Isso alude que os princípios necessitariam estar acessíveis a desafios ao longo do tempo em um processo político atualizado que não só aceite, mas encoraje a revisão. Ainda quando uma lei seja adequadamente executada presentemente, as práticas e instituições da democracia deliberativa precisariam garantir que ela está sujeita a reconsideração (GUTMAN; THOMPSON, 2009).

Mansbridge (2009) também acredita ser relevante os princípios substantivos e procedimentais nos corpos deliberativos. No entanto, para além de corpos governamentais de deliberação a autora acredita ser importante considerar outros espaços em destaque a “conversação cotidiana”. Argumenta que os teóricos da deliberação devem prestar mais atenção a essa ação aliada à deliberação formal nas arenas públicas.

O que chamarei de “conversação cotidiana” não abrange todos os critérios implícitos no uso ordinário da palavra “deliberação”. Ela não é sempre autoconsciente, reflexiva ou considerada. Mas a conversação cotidiana, se não é sempre deliberativa, é, todavia, uma parte crucial do amplo sistema deliberativo de que as democracias necessitam se os cidadãos devem, em qualquer sentido, se autogovernarem (MANSBRIDGE, 2009, p. 207).

Para autora o sentido de se autogovernarem reflete que o movimento deliberativo é justamente a existência da conversação entre representantes formais ou informais em fóruns públicos. As pessoas começam a entender melhor o que querem e o que precisam, individual e coletivamente. O amplo sistema deliberativo abrange todas essas vertentes.

Um sistema deliberativo de participação democrática auxilia os cidadãos a perceberem melhor ao contexto no qual se inserem e as posturas que devem ser postas em prática. Defende, ainda, a transformar a si mesmo e aos outros de modo a conseguir progressos para eles e para a sociedade como um todo, apesar de às vezes esses objetivos entrarem em conflito.

Para Mansbridge (2009) a conversação cotidiana deve ser incluída na arena da deliberação democrática, como também a mídia, os grupos de interesse e outros espaços de discussão.

Aparentemente a conversação cotidiana e o processo de tomada de decisão em uma assembleia diferem em tipo em vez de grau. Contudo, a conversação cotidiana entre os cidadãos sobre problemas que o público deve discutir “prepara o caminho” para as decisões governamentais formais e para decisões coletivas. Como assinala Mansbridge (2009) as decisões do governo formal refletem a vontade dos cidadãos somente quando faz parte de um processo de efetiva deliberação, seja na conversação cotidiana dos lares, locais de trabalho e lugares onde um grupo de amigos encontra, assim como a conversação mais formal em assembleias públicas.

No entanto, os critérios existentes para o julgamento da conversação democrática são inadequados e precisam ser revistos (MANBRIDGE, 2009). Um fato a ser destacado no que se refere a esta perspectiva é quanto ao seu posicionamento com relação aos princípios que Gutmann e Thompson (1996 *apud* MANSBRIDGE, 2009) acreditam fazer parte do processo deliberativo: a “reciprocidade e *accountability*”. Como fonte de exemplificação, Gutmann e Thompson acreditam que os princípios de reciprocidade e *accountability* identificam os critérios no processo e julgamento de uma assembleia pública. Já Mansbridge revela que esses critérios são aplicados de maneira diferente ao amplo sistema deliberativo, incluindo a conversação cotidiana e a necessidade de revisão para capturar adequadamente o que se distingue a boa conversação democrática da ruim⁶.

⁶ Se um sistema deliberativo funciona bem, ele filtra e descarta as piores ideias disponíveis sobre problemas públicos, enquanto adota e aplica as melhores. Se o sistema deliberativo funciona mal, ele distorce fatos, retrata ideias de forma que seus proponentes sejam repudiados e encoraja os cidadãos a adotar modos de pensar e agir que não são bons nem para eles nem para a política como um todo. Em seu melhor funcionamento, um sistema deliberativo, assim como todos os sistemas de participação democrática, auxiliam seus participantes a entenderem melhor a si mesmos e ao contexto no qual se inserem (p. 208).

Ainda na mesma proposição, Gutmann e Thompson apresentam a publicidade como uma virtude de assembleias representativas, que tipicamente produzem uma decisão vinculatória. Todavia, Mansbridge (2009) afirma que nem a conversação formal nem a cotidiana deveriam fazer da publicidade um “fetiche”. Na sua concepção: “O segredo geralmente oferece melhores condições para a deliberação que a publicidade” (p.221). Para a autora, os procedimentos utilizados numa assembleia formal de tomada de decisão são geralmente mais produtivos se as “portas” estiverem fechadas, pois os membros da sociedade não tem acesso ao que se discute. De modo semelhante, a autora afirma que na conversação cotidiana do amplo sistema deliberativo, o pensamento geralmente se amplia num ambiente particular.

Já John Dunn (1999, p. 339 *apud* MENDES, 2007) analisa a importância da publicidade: “A demanda por privacidade no governo é um ataque à essência da constituição de um Estado democrático: virtualmente, uma confissão de interesses sinistros da parte de seus governantes”.

Mansbridge (2009) argumenta ainda que a conversação cotidiana foi outrora considerada como o lócus básico da formação do julgamento público, mas atualmente é raro aparecer na literatura teórica. O fato a que se aplica é a atenção direcionada para a deliberação em assembleias formais e vinculatórias. A autora assinala, no entanto, que é somente no momento que desenvolvemos nossos horizontes descritivos e analíticos como componente crítico da democracia em um sistema deliberativo como um todo que abrangemos o seu cerne: a conversação cotidiana entre os cidadãos.

Já para Chambers (2009): “A teoria democrática deliberativa mudou do estágio de ‘pronunciamento teórico’ para o estágio de ‘teoria aplicável’” (p. 329). De maneira geral, a deliberação apresenta-se pelo ato de debater e discutir com a finalidade de brotar opiniões racionais e bem informadas. Os participantes são convidados a rever a luz da discussão as preferências, os novos conhecimentos e as demandas feitas pelos demais participantes. Dessa forma o consenso não é necessariamente o objetivo final da deliberação, mas, todavia a necessidade de que os participantes persigam presumivelmente seus interesses coletivos na legitimidade dos resultados.

Apesar de os teóricos da democracia deliberativa oferecer diferentes pontos de vista em relação ao modelo de democracia e as instituições representativas existentes, a democracia deliberativa não é comumente apreendida como uma alternativa á

democracia representativa. “Ela é, na verdade, uma ampliação da democracia representativa” (MANSBRIDGE, 2009, p. 241).

Por este viés, a discussão que se segue vem ressaltar justamente a perspectiva de que tanto a participação como a representação fazem parte de uma mesma sintonia. Tendo por base que alguns pressupostos assimilam estes dois instrumentos por um viés dualista, o argumento tem como pressuposto que a participação da sociedade civil no processo de reconfiguração da representação política oferece importantes contribuições para o debate acerca da representação no interior da participação.

2.2. **Representação versus Participação:** articular para não excluir?

Os processos de democratização como instrumento de aprofundamento da democracia e reivindicação de democracia participativa, tem caráter de complementaridade aos mecanismos de representação. Avritzer e Pereira (2005 *apud* OLIVEIRA, 2009) apontam o espaço entre a sociedade civil e o Estado como o local por excelência da democracia participativa e de deliberação, representando a possibilidade de soberania popular procedimentalizada na conjunção entre participação e representação.

Para nortear a discussão que ora se segue é importante ter como ponto de partida uma reflexão e entender os propósitos das ideias refletidas no esboço, a saber: “Como fazer com que as organizações sociais que elegem seus representantes exerçam seu papel para que esses espaços não sejam artificiais, não sejam meramente homologatórios ou simplesmente uma espécie de fachada amortecedora da luta social?” (DANTAS *apud* Faleiros *et al.*, 2006, p. 157).

A articulação entre os mecanismos de representação, baseados no princípio da maioria, e os de participação, sem tendência ao particularismo de interesses e a manipulação plebiscitária, parece constituir-se no grande desafio da teoria política contemporânea (TEIXEIRA, 2002).

A participação cidadã utiliza-se não apenas de mecanismos institucionais já disponíveis ou a serem criados, mas articula-os a outros mecanismos e canais que se legitimam pelo processo social. Não nega o sistema de representação, mas busca aperfeiçoá-lo, exigindo a responsabilização política e jurídica dos mandatários, o

controle social e a transparência das decisões, tornando cada vez mais frequentes e eficazes certos instrumentos de participação semidireta, tais como plebiscito, referendo, iniciativa popular de projeto de lei, democratização dos partidos (BENEVIDES, 1991; BOBBIO, 1986 *apud* TEIXEIRA, 2002).

Analisar a representação e a participação com base no modelo de democracia deliberativo significa para além de apresentar a concepção de oposição dessas ferramentas, estabelecer combinações e articulações que desenham um processo de concomitante inovação e reprodução das práticas e orientações políticos-institucionais.

No entanto, a alternativa em compreender a democracia para o problema da relação entre democracia representativa e democracia participativa, embora facilite o aprendizado democrático, não se apresenta como um trabalho simples. A tomada de decisão pela maioria ou por um conjunto de indivíduos que representam maiorias não afirma necessariamente a representação das inúmeras e complexas identidades. O modelo participativo tenciona expandir as práticas democráticas para além das instituições político-estatal.

É preciso ultrapassar a noção elitista de democracia reduzida ao jogo político do sistema representativo (partidário) e afirmar a amplitude de um sistema fundamentado na participação dos cidadãos nos processos de discussão.

A deliberação deve ser entendida como toda e qualquer forma de discussão coletiva, seja esta formal ou informal. O surgimento de formas políticas não institucionais como os movimentos sociais, dentre outros espaços e iniciativas, concretizam as relações sociais vivenciadas pelo espaço contemporâneo e ultrapassam as formas tradicionais de representação política como centralização do poder de decidir e incidir nas questões coletivas.

Para Teixeira (2001 *apud* ALEXANDRE, 2002) independente das formas que se reveste, a participação significa ‘fazer parte’, ‘tomar parte’, ‘ser parte’ de uma ação ou processo, de uma atividade pública e de ações coletivas.

Conforme Gohn (2001) as formas de atuação não se limitam aos mecanismos e espaços institucionais. O significado da participação se articula ao sentido cívico da cidadania. Participar é criar uma cultura de dividir as responsabilidades na construção coletiva de um processo.

É preciso entender que a forma de representação e participação pretendida na democracia contemporânea reflete o protagonismo dos sujeitos, estando eles em espaços

formais ou num encontro de um grupo de cidadãos que se desenvolva uma conversação cotidiana. Através dessa perspectiva pode-se perceber que o ativismo dos cidadãos munidos pela concepção de pertencimento, faz toda a diferença quando se pensa a execução da representação enquanto capacidade de falar em torno de questões gerais, e na participação quando se desenvolve atitudes de igualdade política e comprometimento democrático.

A representação política consiste em exercitar ações no processo de tomada de decisão. A representação de todos os cidadãos afetados pelas decisões e a responsabilidade (*accountable*) do processo deliberativo devem ser justificáveis a todas as pessoas que estão vinculadas através delas. E ainda a participação dos cidadãos nos processos de discussão e deliberação de políticas públicas que afetam à coletividade não implica negar o sistema de representação, mas atuar coletivamente em torno de fatos que os envolvem.

O ato de representar no processo deliberativo significa participar ativamente na interlocução com os representados. A igualdade política acontece por meio da discussão das demandas e ainda na liberdade e abertura dos espaços de deliberação em expor demandas vivenciadas coletivamente seja este na posição de representante ou representado. Esse tipo de articulação exclui a concepção da democracia que visa descaracterizar a vitalidade no poder de deliberar coletivamente independente da postura, status e condições materiais.

Luchmann (2007) analisa que nas direções normativas a representação e a participação são classificadas com diferenças significativas e tendem a cair no pragmatismo das ideias dicotômicas e proposições teórico- analíticas.

A concepção de representação e de participação como meios centrais da teoria democrática, delimitam as principais peculiaridades na direção da construção de modelos de democracia. Se por um lado o modelo representativo e participativo é referenciado pela ótica de participação política por outro os conceitos são registrados de um lado pela ideia de que as decisões políticas são resultantes das instâncias compostas por representantes eleitos por sufrágio universal e de outro, no conceito de incumbir aos cidadãos à atuação no processo de autorização das decisões políticas.

Tendo por base a característica balizada do modelo de democracia representativo tradicional, a democracia participativa questiona suas bases de articulação e atuação enquanto modelo de decisão política.

No que diz respeito à democracia participativa, o seu questionamento acerca do caráter instrumental, individualista e competitivo da democracia representativa, e redução da política ao mecanismo eleitoral, está ancorado, e guarda íntima centralidade, na recuperação da articulação entre cidadania e soberania popular por meio da participação dos cidadãos nos processos de discussão e de decisão política (PATEMAN, 1992; MACPHERSON, 1978 *apud* LUCHMANN, 2007, p. 142).

Ao contrário da perspectiva instrumentalista e fragmentada no processo decisório que caracteriza a democracia representativa, é relevante entender os processos de decisão fundamentados nos pressupostos da cidadania e a busca por ampliação das responsabilidades políticas na perspectiva da soberania popular.

É necessário se sobrepor a concepção e atuação da representação limitada ao cunho eleitoral e associa-la como instrumento de complementaridade participativa na construção articulada entre representantes e representados. Numa sociedade permeada por uma grande pluralidade de cidadãos com suas particularidades e demandas coletivas urge fortificar os laços de discussão coletiva. É a interlocução de representantes e representados que se transmitem as causas que os permeiam e, sobretudo desenvolve o comprometimento em arenas de decisões.

A crítica apresentada na maioria dos casos suscita que a responsabilidade e deliberação do processo decisório está limitada aos representantes escolhidos para ocupar tal função. Por outro lado, o modelo deliberativo oferece, de maneira geral, o critério de legitimidade fundamentado na ideia de que as decisões políticas necessitam ser assumidas por todos, sejam estes representantes e representados em espaços de debate público.

A questão que se apresenta por Luchmann (2007) é que tendo em vista a inevitabilidade da representação na participação, a efetividade destes princípios de controle social vai ocorrer por meios de diferentes práticas de participação e representação, cujas características, no tocante à representação, visam superar os limites da representação eleitoral.

Rabat (2010) apresenta razões em que as noções de representação e participação se aproximam e se separam. Aproximam-se, pois ambas encontram-se inseridas em uma conjuntura histórica que dificilmente o poder político pode legitimar sem recurso à ideia de autogoverno da sociedade civil. Por outro lado, o fato da separação desses

mecanismos alude na probabilidade prática de que o poder estatal se desempenhe com autonomia frente à população ou à sociedade. Decorre desta questão a importância de focar a concepção de controle social, pois compreende mecanismos importantes para evitar que as instituições se fechem numa lógica de funcionamento internamente construída e descolada da sociedade ou permeável apenas à influência dos setores sociais mais poderosos.

Diante de tais assertivas é preciso requerer a ativação da cidadania. Romper com uma noção de política como atividade exclusiva de aparatos partidários e políticos. As experiências participativas consagram novos mecanismos e relações de representação e participação política. O foco está na combinação em seu núcleo de organismos de representação e participação direta, e/ou articulação de forma atrelada entre participação com representação na sociedade civil.

A introdução da participação está relacionada a uma avaliação positiva acerca da capacidade das experiências participativas apresentarem para “rebalancear” a articulação entre a democracia representativa e a democracia participativa (AVRITZER, 2003 *apud* LUCHMANN, 2007).

No entanto, como aponta Dagnino (2002 *apud* LUCHAMANN, 2007) a consolidação da representação no país, vem sendo seguida pela ideia de que o retorno às instituições formais básicas da democracia não tem se apresentado capaz de produzir retornos apropriados aos problemas de exclusão e de desigualdades sociais.

Todavia, o que está em vigência é que as instituições formais necessitam de certos aspectos procedimentais para executar o processo de organização sem deixar a margem os princípios substantivos de igualdade e justiça política. A história de luta em torno da abertura democrática apresenta marcas maciças de uma sociedade que esteve ativamente em busca de espaço, de voz, e de postura frente a qualquer tipo de discussão coletiva.

Por outro lado, os espaços formalizados historicamente estão “órfãos” da sociedade civil. E ainda, associa-se o papel de representantes a postura tutelada em estar ocupando uma posição que deve ser discutida por todos coletivamente. Sob esse viés, os espaços institucionalizados pretendidos sob o aspecto da representação e da participação da sociedade civil estariam a incidir nas mesmas fragilidades a que se propõem a resolver.

A ótica da democracia deliberativa baseia na legitimidade das decisões políticas advindas de processos de discussão. Orientada por princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum, a democracia deliberativa confere um reordenamento na lógica de poder tradicional (LUCHMANN, 2002).

O pior que pode ocorrer quando se discute as relações entre a democracia direta e a democracia representativa é tomar qualquer uma delas como excludente. Não é assim, nem nas revoluções nem nas democracias realmente existentes. E onde a exclusão de um dos princípios ocorre, a usurpação do poder se torna inevitável (WEFFORT, 1986, *apud* BENEVIDES, 1991, *apud* TIAGO, 2008, p. 46).

Ao invés de refletirmos na ótica de opor representação e participação direta teríamos, pelo contrário, que pesquisar mecanismos que permitam que ambos os princípios se complementem.

Para Avritzer (2007) a representação da sociedade civil e sua relação com os representados acontecem por meio da experiência com o tema. A forma de legitimidade da representação incide pela finalidade e pelo processo. Ao agregarem estes interesses, se propicia uma forma de representação por escolha que não é uma representação eleitoral de indivíduos ou pessoas.

Pitkin (1972 *apud* MENDES, 2007) compreende que o papel do representante deve ser dotado de capacidade de ação e julgamento e com certo grau de liberdade para deliberar, porém, não pode estar em oposição às aspirações do representado. Young (2000 *apud* MENDES, 2007) acredita ser possível manter a conexão essencial entre representantes e representados, abrindo a possibilidade para a representação funcionar sem perder de vista sua finalidade original.

Apesar das condições normativas no mecanismo da representação, vigora vários limites que marcam a aplicação da representação política. Mendes (2007) afirma a existência de dois temas em destaque, a saber: a ocorrência de um déficit de influência da representação, refletida na questão da prestação pública de contas (*accountability*) e ainda que os representantes apresentem como direção um processo deliberativo que tenha suas determinações com base em argumentos racionais. Ambas as questões são norteadas por outro princípio fundamental, o da publicidade. A transparência nas

decisões dos representantes e das instituições políticas proporciona a possibilidade de conhecimento e participação de todos no processo de construção decisório.

Esses temas embora possuam desempenho eficaz na designação do instituto representativo e de participação direta com a dinâmica de decisões, têm estado negligenciado na dinâmica das instituições democráticas. Apesar do fato de que os representantes necessitem lembrar continuamente o processo de discussão que culminou à sua autorização e estar demandando questões com aqueles que “representam”. Aproximadamente não existem realidades /instituições que cumpram com esses momentos (YOUNG, 2000 *apud* MENDES, 2007). É essencial instituir mecanismos e instituições que permitam tornar publicamente os debates e decisões para o acompanhamento e controle por parte dos representados.

Outra questão no debate político é a exigência de uma política deliberativa que desempenha, do ponto de vista procedimental, um papel decisivo. A legitimidade das decisões políticas, tomadas no âmbito institucional ou em outros contextos de participação deve resultar de um amplo debate público, calcado na razão discursiva.

Young (2006) desenvolve a ideia de representação e apresenta questões propositivas a ampliação do processo democrático. Para a autora na ação democrática comunicativa, seja na teoria ou na prática existe uma intenção a associar os processos democráticos comunicativos com interações diretas. Uma democracia considerada “forte” requer distintas ocasiões em que os sujeitos se encontrem para discutir experiências e demandas.

Por outro lado, a autora aponta que algumas questões assinalam o caráter excludente das normas de representação. Seu ponto central é debater temas acerca da representação de grupos apresentados como minorias ou que estejam sujeitos a desigualdades estruturais (como exemplo cita movimento de mulheres, raciais e étnicos). O posicionamento suscitado defende que os grupos sociais dos quais fazem os sujeitos citados não são devidamente representados nos organismos de tomadas de decisão.

Diante de variadas histórias de vida, interesses e posicionamentos ideológicos é controverso quando se pensa na representação como mecanismo que objetiva unificar grupos. Seria “congelar relações fluidas” numa identidade unificada, o que pode recriar exclusões tirânicas. Young (2006) apresenta que nenhum representante exclusivo poderia ponderar por qualquer grupo, já que os indivíduos que o compõem mantêm

relacionamentos entrecruzados. Por outro lado, tenciona-se oferecer argumentos à ideia de que tais exercícios representativos diferenciados são uma importante ferramenta de “inclusão política”.

Ao contrario do que muitos discursos acentuam, a compreensão de representação adverte que para além do viés de representação numa relação de substituição ou identidade com os representados, esse mecanismo no processo democrático ocorre como um relacionamento diferenciado entre atores políticos engajados (YOUNG, 2006). O tema da representação de grupos resulta da pressuposição de que eles não têm um conjunto de interesses ou opiniões comuns.

A representação é necessária porque a rede da vida social moderna frequentemente vincula a ação de pessoas e instituições num determinado local a processos que se dão em muitos outros locais e instituições. Nenhuma pessoa pode estar presente em todos os organismos deliberativos cujas decisões afetam sua vida, pois eles são numerosos e muito dispersos. Ainda que as expectativas de um cidadão sejam frequentemente desapontadas, ele espera que outros pensem em situações como a dele e as representem nos respectivos fóruns de discussão (idem, p. 6).

O representante deve atuar tanto na relação com os representados quanto com os outros representantes. A função do representante não é meramente expressar um mandato, mas participar das discussões e debates com outros representantes. O ato de deliberar, ouvir as questões, demandas, argumentos e tentar ao menos chegar a decisões ponderadas e justas, possibilita que diferentes grupos e segmentos da sociedade possam dialogar melhor em suas diferenças por meio de representantes que se encontram e ouvem uns aos outros, abertos à possibilidade de mudar e adequar suas posições.

Esse processo de representação legítimo e inclusivo deve ser fundamentado por responsabilidades tanto para os representantes como para os cidadãos. A disposição e competência é fonte para mobilizar uns aos outros e participar tanto do processo de autorização como na prestação de contas.

Nas palavras de Young (2006): “Aprofundamos a democracia quando encorajamos o florescimento das associações que as pessoas formam de acordo com os interesses, opiniões e perspectivas que consideram importantes” (p. 49).

Sendo assim: O que torna a representação democrática? Urbinati (2006) argumenta que a democracia representativa é um formato de governo original, que não é

semelhante à democracia eleitoral. A democracia direta é sempre o desenho político mais democrático e a representação uma alternativa.

A democracia representativa não é nem aristocrática nem um substituto imperfeito para a democracia direta, mas uma maneira de a democracia recriar firmemente a si mesma e se aperfeiçoar. E, as eleições “engendram” a representação, mas não produzem os representantes. Na menor das hipóteses as eleições determinam um governo responsável e limitado, mas não um governo representativo (URBINATI, 2006). Para tanto,

Embora a estrutura eleitoral da representação não tenha mudado muito em dois séculos a despeito da extensão do sufrágio, os teóricos não deveriam fazer vista grossa às mudanças cruciais que a transformação democrática engendrou no funcionamento e significado das instituições representativas (p. 39).

A emergência dos cidadãos como agente político ativo não se limitou a meramente renovar instituições e categorias antigas. Compreender a representação como instituição democrática concordaria, ainda, na reabilitação de uma concepção ideológica inevitável da política.

Para Dagnino (2005) as noções de sociedade civil, participação e cidadania mantêm entre si uma estreita relação. São elementos centrais desse deslocamento de sentidos que constitui a disputa política que se trava hoje ao redor do desenho democrático da sociedade brasileira. Essa centralidade se relaciona com o papel que esses mecanismos desempenham na origem e na consolidação do projeto participativo.

A participação dos cidadãos nos processos de discussão e deliberação de políticas públicas não implica negar o sistema de representação. A democracia no Brasil deve ser compreendida como um conjunto de mecanismos participatórios, fundamentados no “mix” entre as perspectivas da participação, deliberação e representação, tendo variações nas formas e importâncias que cada dimensão proporcionará conforme a conjuntura local (COSTA, 2010).

A participação na concepção democrática tem por desígnio fortalecer a sociedade civil para a construção de uma nova realidade social. É um elemento que se amplia tanto na sociedade civil como nas instituições políticas. A participação tem um caráter plural, os indivíduos são considerados cidadãos e não recolhidos. Nesta concepção a participação articula-se com o tema da cidadania. A sociedade divide a

responsabilidade da construção coletiva e é o encontro de cidadãos livres que discutem e decidem sobre a coletividade (ALEXANDRE, 2002).

O desígnio é: “[...] associar ao processo de fortalecimento da democracia local formas de renovação cultural ligada a uma nova institucionalidade política que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social” (SANTOS; AVRITZER, 2005, p. 76).

As experiências participativas estimulam o desenvolvimento e a incorporação de modelos teóricos de democracia que ampliam os atores e os espaços da política. Democracia participativa e democracia deliberativa têm sido os instrumentos basilares teórico-analíticos de avaliação destas experiências. A explicação refletida compreende a ideia de que apesar de possuírem trajetórias diferenciadas, partilham um conjunto de críticas ao modelo da democracia representativa restrita ao aspecto eleitoral e limitado.

Como assinala Luchmann (2007) o caráter público da sociedade civil amplia-se, na medida em que desenvolvem debates, articulações e encontros que visam discutir, problematizar questões e demandar soluções para os problemas que estão ausentes ou que recebem tratamento precário na agenda pública. Dessa forma, se produz e ampliam os espaços públicos e os setores da sociedade civil passam a demandar e/ou investir na implementação de espaços públicos institucionais.

CAPITULO III- CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA- PB

3.1. Delineamento teórico- metodológico do estudo no CDS

O Objetivo geral do estudo é analisar a representação nos Conselhos Distritais de Saúde no município de João Pessoa-PB. Os objetivos específicos são: Compreender o processo de implantação, constituição e planejamento dos conselhos distritais; Identificar o formato institucional e organizacional dos conselhos distritais de saúde; Traçar o perfil dos representantes dos Conselhos Distritais; analisar os fatores que favorecem o fortalecimento da participação nessa instância de controle social e avaliar os limites e possibilidades da implementação e a intermediação entre os Conselhos Distritais e o Municipal.

Para atingir o objetivo proposto e responder as questões para a compreensão deste estudo, o percurso teórico-metodológico da pesquisa constitui-se de fase em destaque para a produção de conhecimento. Exige-se, portanto do pesquisador, inclinação e ressalva sobre a realidade que pretende compreender.

Este estudo se realizou através de pesquisa de campo em virtude de uma abordagem empírica articulada às construções teóricas que proporcionam uma visão mais aproximativa da realidade. Pretendemos o esclarecimento da realidade social “[...] fundamentada para a compreensão e explicação, a partir da definição do campo de investigação e seleção cuidadosa do problema, em métodos de análise do real que evidenciam a relação entre o singular e o universal” (DINIZ, 1999, p.48-49).

A pesquisa é de natureza descritiva e explicativa quanto aos seus objetivos, e de cunho quali-quantativo quanto à forma de abordagem dos dados, com a finalidade de alcançarmos as metas de investigação propostas. Vale observar que “[...] a pesquisa qualitativa é conhecida como estudo de campo, estudo qualitativo, [...] descritiva, observação participante, entrevista qualitativa, abordagem de estudo de caso”. (TRIVIÑOS, 2009, p. 124). Sendo assim, a pesquisa qualitativa não segue um procedimento rígido, esta vai desde a escolha da problemática até a análise dos dados.

O universo da pesquisa foi constituído por representantes titulares dos Conselhos Distritais de Saúde. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: a primeira ocorreu

através da análise de atas das reuniões e demais documentos dos CDS que comprovassem o espaço mais representativo e o menos representativo. Posteriormente, ao concluir esta finalidade foi realizada a aplicação do formulário aos sujeitos da pesquisa.

Cada conselho possui na sua composição a forma paritária conforme resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde correspondendo, a saber: Usuário 50%, trabalhadores 25%, gestor e prestador de serviço 25%. O CDS é constituído de 12 membros, sendo estes 06 representantes dos segmentos dos usuários, 03 trabalhadores e 03 gestores e prestadores de serviço. Destina-se a mesma quantidade para os suplentes, em conformidade com a resolução do CMS 04/ 2010. Neste sentido, os critérios de inclusão foram à pesquisa de dois conselhos distritais e para tanto aplicamos o formulário com a amostra de 12 (doze) sujeitos.

Operacionalmente, a pesquisa realizou-se por meio da aplicação de um formulário junto à população amostral, apresentando-se como “[...] instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 100).

Quanto ao procedimento de análise, utilizaremos para analisar os dados qualitativos a técnica de análise de conteúdo, a qual versa sobre,

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens indicadas (quantitativas ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferiores) destas mensagens (BARDIN, 2010, p.26).

A análise de conteúdo nos possibilitou a aproximação ideal com os discursos dos sujeitos pesquisados, bem como o alcance do foco central da pesquisa que é a investigação sobre a representação nos conselhos distritais de saúde no município de João Pessoa-PB.

Destaca-se, ainda, que a investigação foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba/ Centro de Ciências da Saúde- UFPB/ CCS através do Parecer 259.227 (em anexo) e, portanto considerou os aspectos éticos e as exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), contida na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa no CDS no município de João Pessoa se realizou desde 2011 através da participação das reuniões e construção do regimento interno. Operacionalmente o estudo de campo se realizou da seguinte forma: primeiramente a pesquisa de dados secundários nos 5 (cinco) CDS iniciada no mês de março até maio de 2013. Foram vivenciadas inúmeras dificuldades na busca das atas e documentos concernentes aos CDS. Todavia, esses embates foram fundamentais para entender a princípio a necessidade de organização desses espaços no tocante ao arquivo de documentação institucional.

Algumas atas foram entregues pelo responsável da própria mesa coordenadora e/ou secretário (a) e em outros casos esse documento estava com conselheiros distritais do segmento gestão, profissionais do território sanitário que fazem parte do CDS e ex-trabalhadores do município. No entanto, é oportuno ressaltar que esse tipo de documento deve estar sob a responsabilidade da mesa coordenadora e/ou arquivado em livro ata.

Para ter acesso aos contatos houve a necessidade de se articular – a todo o momento – com o NAGEP (Núcleo de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa) para ter acesso aos contatos das pessoas que possivelmente pudessem disponibilizar essa documentação, uma vez que nem todos os conselhos distritais dispunham de livro ata e a rotatividade de conselheiros corroborava para inexistência e/ou indisponibilidade desses documentos para fins de armazenamento. A alta rotatividade de conselheiros nesta instância é um fator que dificulta a pesquisa. A ocorrência de substituição de representação e perda de atas constituiu como fatores desafiadores para realizar a etapa de análise de dados secundários.

A figura abaixo apresenta os cinco distritos sanitários em João Pessoa- PB e sua área de cobertura.

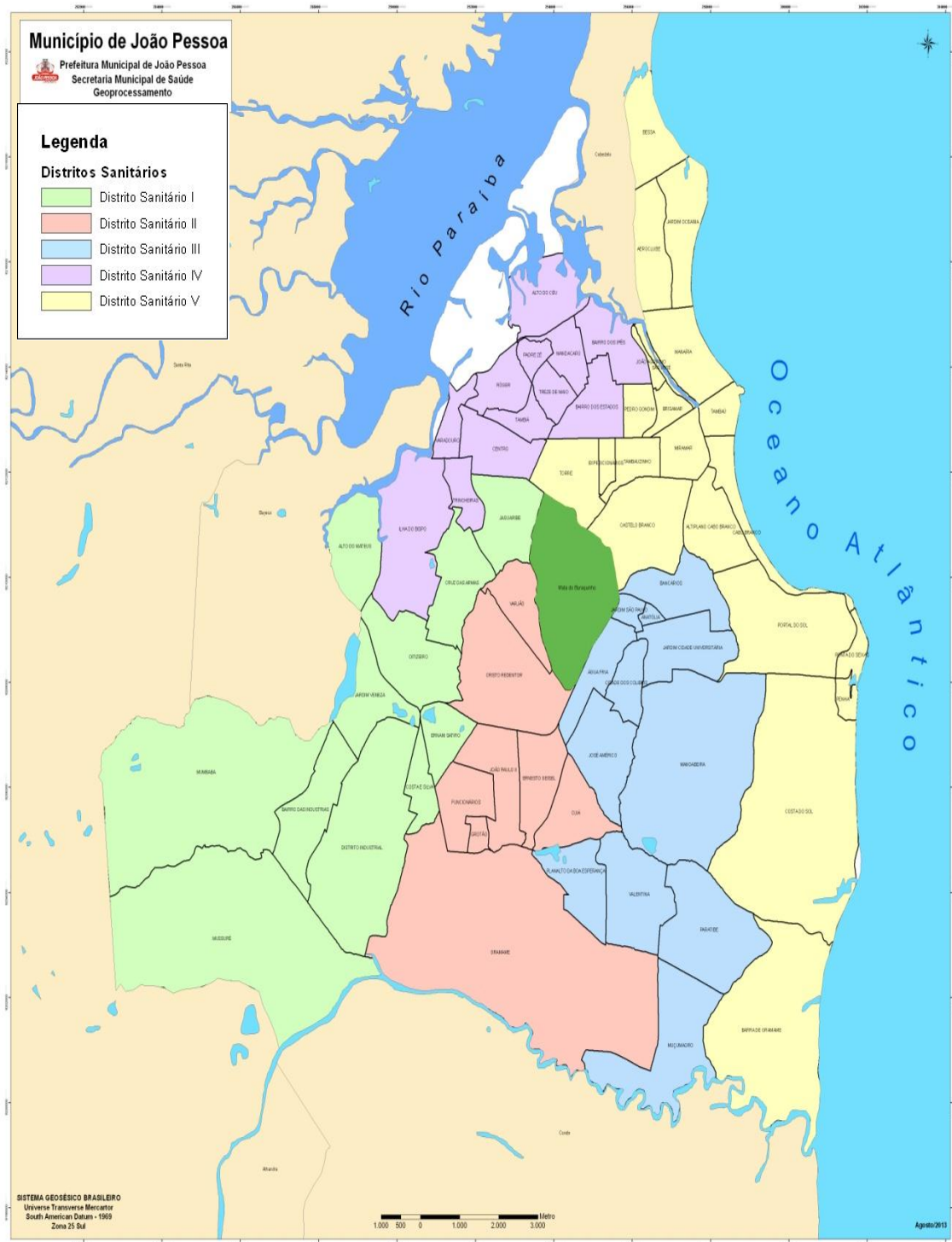


Figura 1. Mapa dos Distritos Sanitários. Fonte: SMS- JOÃO PESSOA- PB, 2013.

No quadro a seguir estão dispostos os bairros que fazem parte de cada distrito sanitário. Esta localização permite que os serviços de saúde e a base territorial de atuação e demanda dos CDS sejam determinadas.

QUADRO 1 – ESPECIFICAÇÃO DAS REGIÕES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS

Distrito I	Distrito II	Distrito III	Distrito IV	Distrito V
Cruz das Armas; Jaguaribe; Alto do Mateus; Bairro das Indústrias; Oitizeiro; Bairro dos Novais; Costa e Silva, Jardim Veneza; Ernani Sátiro.	Cristo; Varjão Água Fria; João Paulo II; Cuiá; Cidade dos Funcionários; Grotão; Ernesto Geisel; Gramame.	Valentina; Mangabeira I; Mangabeira II; Mangabeira III; Mangabeira IV; Mangabeira V; Mangabeira VI; Mangabeira VII; J. Cidade Universitária; Jardim São Paulo; Bancários; Planalto de Boa Esperança; Cidade dos Colibris; Paratibe; José Américo.	Bairro dos Estados; Róger; Tambiá; Centro; Mandacarú; Alto do Céu; Varadouro; Bairro dos Ipês; Torre; Trincheiras; Ilha do Bispo; Treze de Maio.	Miramar; Tambauzinho; Manaíra; Torre; Tambaú; Altiplano Cabo Branco; Bessa; Castelo Branco; Portal do Sol; Expedicionários; Penha.

FONTE: Pesquisa de Campo, 2013.

A região mais ampla é do distrito sanitário III e as regiões relativamente menores compreendem os distritos sanitários I, II, IV e V.

A primeira etapa da pesquisa compreendeu a análise dos dados secundários. Utilizamos para esta finalidade a análise de atas das reuniões e documentos referentes aos cinco conselhos distritais de saúde para obter informações que fundamentam os propósitos da pesquisa. A seguir será detalhado o tipo de documento acessado para análise.

QUADRO 2 – ESPECIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO ANALISADA DOS CDS

CONSELHO DISTRITAL	2012	2013
CDS I	2 registros de reuniões em julho de 2012 em que não houve quorum em nenhuma das datas; 1 registro de novembro de 2012 que não houve quorum mas registrou o dialogo sobre os rumos do conselho; Atas de reuniões do mês de agosto, setembro e outubro de 2012;	1 nota de fevereiro de 2013 que não houve quorum, mas foi desenvolvido o dialogo sobre a avaliação do conselho e sua reorganização por parte dos conselheiros; 1 ata de março de 2013 que não houve quorum mas que em decorrência de faltas foi realizado o mapeamento de novas instituições para participarem do conselho; Ata do mês de março de 2013;
CDS II	Ata de agosto de 2012; Cronograma das plenárias com local e data para 2012;	Ata de fevereiro de 2013;
CDS III	Minuta de eleição da mesa coordenadora; Ata de maio de 2012;	
CDS IV	Ata da eleição para mesa coordenadora em março de 2012;	Ata de abril de 2013; Plano de agendamento para as reuniões de 2013;
CDS V	Ata de reuniões de maio de 2012; Ata de reunião de junho de 2012; Ata de reunião de julho de 2012; Plano de agendamento para as reuniões de 2012; Plano de ação para 2012; Ata de eleição da mesa diretora de Junho de 2012;	Ata das reuniões ordinárias de fevereiro de 2013; Ata de reunião de abril de 2013 Ata de reunião de maio de 2013;

FONTE: Pesquisa Documental, 2013.

Os documentos dispostos no quadro acima possibilitam entender a ótica em que procede o funcionamento desses espaços. No período da pesquisa foi realizado o resgate de todo material possível para contextualizar os CDS. Conforme os dados acima são muitas as tentativas de que haja quorum nas reuniões e planos de ação como forma de estabelecer metas a se cumprir. Alguns conselhos de fato tiveram êxito na realização de reuniões, todavia, em alguns casos desde a implantação dos CDS em 2011 da qual temos feito o acompanhamento, até o período da pesquisa em 2013 são ínfimos os progressos em termos organizacionais, operacionais e a atuação de cunho deliberativo enquanto engenharia institucional que se propõe a fomentar o controle social.

Neste sentido, torna-se contraditório observar a fragilização dos CDS e as competências e objetivos a que se propôs, tendo em vista o regimento interno em seu artigo 4º e inciso VII que discorre sobre a necessidade desses espaços em “acompanhar

o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar as demandas aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente”, no entanto sem reuniões periódicas em alguns CDS não é possível desenvolver esse acompanhamento de ações do distrito sanitário.

3.2. A configuração do CDS

Conforme mencionado, o CDS do município de João Pessoa- PB compreende 5 (cinco) distritos sanitários: Cruz das Armas, Cristo, Mangabeira, Bairro dos Estados, Miramar e sua abrangência respectivamente e possui em cada conselho 12 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes. No geral, a paridade compreende a seguinte forma:

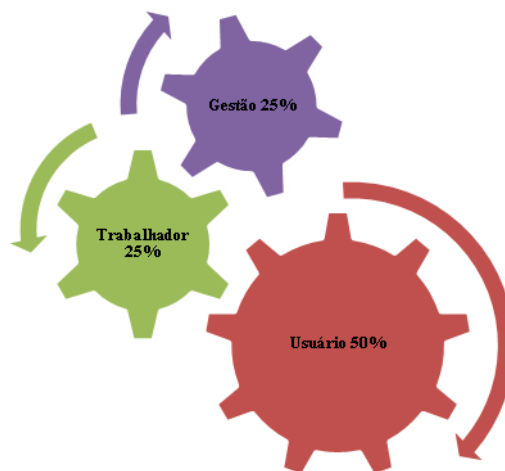


Figura 2. Composição Paritária. Fonte: Regimento Interno do CDS, 2013.

Demo (1993 *apud* BEZERRA; ARAÚJO, 2009) tem por base quatro fatores de participação em termos de qualidade política e serão adotados como categoria de análise dos CDS. Os critérios são: representatividade, legitimidade, participação de base e autorresponsabilização.

Para Bezerra e Araújo (2009), o critério da representatividade compreende a relação entre representante e representados e a qualidade política desencadeada nesse

meio. A legitimidade se apresenta por meio das normas que regem o posicionamento e a participação da condição política. A participação de base relaciona-se a ajuda política da comunidade para a efetividade da atuação do representante. E, a autorresponsabilização é a postura responsável diante da atuação pública.

Neste sentido consideramos aspectos relevantes no que concernem as categorias elencadas, todavia colocamos em evidência a representação nos CDS e as questões que permeiam esse instrumento. A principal ênfase é a ligação da representação e a participação como mecanismos necessários ao exercício da participação política na saúde.

As questões chaves da representação evidenciam a necessidade de uma ação qualificada e politizada com pressuposto no *accountability* – responsabilidade – e a qualidade da participação política nos espaços institucionalizados, mas principalmente uma atuação interligada a comunidade usuária da política de saúde.

[...] aqueles que ocupam uma posição na entidade de representação não são donos do poder nem representam seus próprios interesses, mas devem estar lá enquanto a comunidade desejar assim e têm o dever de representar o interesse dos representados nesse tempo (DEMO, 1993; BORDENAVE; 1983 *apud* BEZERRA; ARAUJO, 2009, p. 32).

O espaço institucionalizado tem por base a participação da comunidade seja incorporada na posição dos representantes designados e/ou de forma conjunta à representação no auxílio com fins de diagnosticar as demandas. É neste sentido que serão diagnosticadas as realidades, os problemas, as conquistas e principalmente o processo real em que se coloca a agenda pública. O representante como afirmam os autores, não detém o poder, ao contrário, o poder está na comunidade através dos interesses públicos e não os particulares de cada conselheiro. Trata-se de uma ação interligada em que representar é participar com a comunidade.

O objetivo desse estudo – para além das questões salientadas – é apontar as fragilidades e potencialidades da representação, mas, sobretudo, refletir sobre estratégias de atuação nas vulnerabilidades no ato de participar e representar. Se a comunidade não participa do processo decisório da política pública acreditando estar no representante o poder maior em atuar, deliberar e delegar revela o que denominamos de

“tutela⁷” da representação. É preciso, portanto decifrar tal fato e evidenciar alternativas que esclareçam a representação de forma qualificada e eficiente.

Neste sentido, o ideal baseia-se na perspectiva de que o processo de discussão requer o envolvimento na arena pública de representantes e a comunidade como um todo, é por esta questão que Behring e Boschetti (2007) afirmam que os conselhos de políticas públicas fizeram parte de um momento histórico no âmbito da onda democrática brasileira e mundial.

Conforme as autoras os movimentos sociais e sujeitos políticos de toda natureza depositaram nos conselhos a perspectivas do aprofundamento democrático e da socialização política no Brasil. Subsumindo a perspectiva formal e procedimental, é preciso ter ciência do real compreendido no “como e para que” estão sendo usados os conselhos.

Existe uma tensão entre o princípio norteador da lógica que se funda a representação política dos conselheiros e o princípio de interesses nessa arena, principalmente quando os representantes apresentam a ideia particularista e/ ou corporativista. Portanto, se imaginarmos o representante para além da efetivação dos princípios de igualdade, deliberação coletiva, responsabilização e participação na base da sociedade civil, poderíamos cogitar também o risco de sua atuação baseada na ideia de que a escolha deste conselheiro está também suscetível ao fato de que foi escolhido para a tomada de decisão centralizada e que a comunidade não esta diretamente na deliberação da agenda pública.

Como visto anteriormente a criação dos Conselhos Distritais de Saúde no município de João Pessoa- PB decorreu da necessidade de aproximação com a comunidade. Concordamos com Guizardi (2009) quando afirma que o princípio de participação da comunidade supõe que a composição da política seja propensa às demandas e realidades dos diferentes agentes e grupos sociais, “[...] possibilitando não somente a atualização das formas já instituídas do direito à saúde, mas também a expressão de seus movimentos constituintes” (p.11).

⁷ Juridicamente a tutela é o ato de conferir para alguém a administração de bens e dirigir ou cuidar de uma pessoa assim como representá-lo. Portanto, a tutela é o direito que uma autoridade recebe para zelar por um indivíduo ou patrimônio. O sentido do termo no estudo, principalmente quando se reporta a representação revela o caráter limitado e de dependência da sociedade civil aos conselheiros distritais de saúde como se a posição no processo deliberativo dependesse somente destes representantes.

A instituição dos CDS está fundamentada em razões como: qualificar a participação política de base, necessidade de conhecer as demandas locais, distanciamento do CMS com a comunidade e, por conseguinte com as demandas de saúde. Portanto, o debate acerca da representação política dos conselheiros nos espaços como o CMS e a comunidade – de acordo com as pesquisas de ARAÚJO; ALMEIDA e SILVA (2013) assemelham-se a figura abaixo:

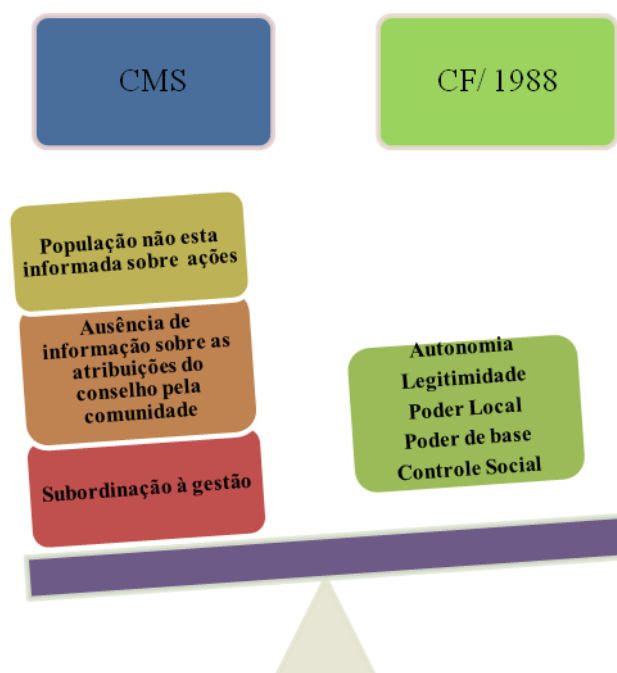


Figura 3. Conselhos Municipais de Saúde e Constituição Federal/1988. Fonte: Pesquisa Bibliográfica, 2013.

O “Participa SUS” e a resolução 333/ 2003 apresenta a necessidade de criação dos CDS para viabilizar a interlocução mais ativa com a população usuária da saúde no território. Portanto, esses órgãos colegiados, paritários e consultivos surgem com a perspectiva de subsidiar e atuar com base na perspectiva da prática deliberativa quanto ao poder de fala, de argumentação e decisão sobre as questões desencadeadas nos territórios sanitários.

3.3. O processo de deliberação do CDS: a dinâmica de funcionamento e análise das atas

Os quadros abaixo abordam o conteúdo das atas das reuniões dos cinco CDS:

QUADRO 3 – ESPECIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ATAS DO CONSELHO DISTRITAL I

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE I	
Plano Municipal de Saúde	
Deliberações das conferências	
Necessidade de Projeto de lei que legaliza os CDs e CLS	
Articulação com outras representações (orçamento democrático etc.)	
Faltas e justificativas nas reuniões (e-mail, correspondência, telefone)	
Discussão de educação popular em saúde	
Conhecer a rede de saúde do distrito sanitário	
Discutir a Legislação do SUS, controle social e política do SUS;	
Apresentação de filme “A história da política de saúde no Brasil”	
Necessidade da população cobrar direitos/ as pessoas não conhecem seus direitos	
Relato de experiências de censura da imprensa e lutas sociais no período da reforma sanitária	
Lutas sociais adormecidas	
Importância das discussões descentralizadas nos bairros que abrangem os distritos sanitários;	
Importância de discutir mais perto da comunidade	
Necessidade de ajuda dos conselhos locais de saúde/ Conselho Local de Saúde- CLS (como funcionam)	
Fragilidades dos CDS: Não cair na rotina de acusação e defesa	
Horário e organização das reuniões	
Ausência constante de conselheiros do segmento usuário/ Falta de quorum	
Rumos do CDS frente às ausências dos conselheiros	
Rotatividade de instituições faltosas	
Estatuto para faltosos/ medidas/ Convite para novas entidades	
Cultura de desmobilização	
Trabalho de base na comunidade para tirar a sobrecarga das “velhas” representações	
Avaliação do CDS por parte dos conselheiros e reorganização do conselho	
Dificuldade de Marcação de exame e o absenteísmo (faltar as consultas)	
Usuária diz que pode participar, mas só como ouvinte, pois não quer se envolver diretamente	
Necessidade de um Conselho Distrital Autônomo	
Espaço “puxado” e organizado somente pela gestão	
Falta de incentivo e informação	
Proposta de planejamento anual	
Planejamento da capacitação	
Licitação de construção de novas unidades de saúde e a situação das que estão em construção	
Ação voltada para a saúde do homem, especialmente os motoristas	
Sugestão de cartilha sobre doenças ocupacionais que acometem os motoristas	

FONTE: Pesquisa Documental, 2013.

Como se pode observar na tabela 3 o CDS I ao longo de suas reuniões se delimitou com mais evidencia a discussão de “como agir”, “como implementar”, “como

levar a frente” esse espaço. Os conselheiros se posicionaram na perspectiva de ser necessário aprender a “caminhar” e atuar nesse conselho. Por mais que essa instância tenha o destaque na organização e registros das reuniões, sendo o único conselho com livro ata em arquivo – sede do CAIS de Cruz das Armas –, e apresentar a tentativa de estratégias em torno de organização e assiduidade dos conselheiros, não se visualizou uma frequência de deliberações no tocante as necessidades de saúde vivenciadas pelo território na política de saúde.

A representação não teve destaque no que se confere a sua legitimidade em deliberar sobre as questões de saúde do distrito sanitário. A maior parte das pautas e encaminhamentos centralizam questões concernentes à construção e conhecimento do conselho como espaço.

É oportuno destacar que registros dessa natureza são importantes, tendo em vista a pequena trajetória dos CDS em João Pessoa- PB. Todavia, em meio a estas questões é relevante refletir sobre a política pública de saúde do município.

QUADRO 4 – ESPECIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ATAS DO CONSELHO DISTRITAL II

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE II
Famílias do Grotão que vivem em vulnerabilidade e esperam benefícios residenciais do município
Proposta de os conselheiros conhecerem todas as USF do distrito II
Proposta de implantação de passarelas para dar aceso ao mar pelos cadeirantes
Necessidade de Livro ata
Necessidade de um grupo virtual para compilar os endereços eletrônicos dos conselheiros
Reuniões itinerantes
Local de reuniões subsequentes decididas na reunião do mês anterior
Solicitação da versão final do Regimento Interno
Inadequação no horário de início da reunião com base no regimento
Convite a novas entidades
Reclamação na demora da Marcação de exames
Necessidade de curso de formação de conselheiros em saúde
Conhecer as unidades de saúde da família (USF) do distrito sanitário II nos dias das plenárias
Conselheiros faltosos- ofícios de notificação para entidades
Famílias do Grotão que vivem em vulnerabilidade e esperam benefícios residenciais do município
Convidar o conselho municipal para participar das reuniões
Elencar comissão para acompanhar o projeto passarela de acessibilidade
Mudança de gestão e novas licitações
Registro de reuniões para ser repassada a ata oficial (ultima terça)

FONTE: Pesquisa Documental, 2013.

O CDS II apresentou fragilidades quanto ao registro de reuniões em ata. Apesar do fato, impossibilita também identificar que na ausência desses registros não se tem conhecimento da ocorrência ou não das reuniões e as discussões realizadas. Pode-se constatar, contudo que a reunião realizada no corrente ano, o conselho distrital II se deteve ao caráter de discutir questões referentes à organização e planejamento. Ainda, utiliza a estratégia de realizar reuniões itinerantes para atrair o público dos bairros e possibilitar a apresentação do serviço de saúde em cada instituição que realiza os encontros. Por outro lado, é possível identificar a fragilidade da participação da comunidade, pois mesmo com as reuniões itinerantes essa participação coletiva se dá de forma inexistente – análise de frequência anexada nas atas.

QUADRO 5 – ESPECIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ATAS DO CONSELHO DISTRITAL III

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE III
Atualização de contatos de e-mail
Papel do conselho municipal
Andamento do regimento
Insatisfação na falta do regimento
Importância do livro ata

FONTE: Pesquisa Documental, 2013.

O CDS III disponibilizou para a pesquisa uma única ata da eleição da mesa coordenadora e a ata da reunião de maio de 2012. Apesar da minuta referente à eleição da mesa coordenadora homologar as reuniões anteriores de outubro de 2011, janeiro, fevereiro, março e abril de 2012 não foi possível encontrar tais registros. Para uma maior compreensão foi necessário fazer contato com o NAGEP para obter informações sobre a situação deste conselho distrital. O núcleo apresentou que esse espaço está sem atividades desde o segundo semestre de 2012.

Conforme entrevista realizada com a mesa coordenadora do CDS III, o período eleitoral de 2012 – principalmente na efervescência das eleições municipais – amorteceram as discussões referentes às necessidades de saúde no conselho e se aglomeraram nesse espaço o discurso eleitoreiro e pelas falas levadas a autopromoção de candidatos à prefeitura municipal de João Pessoa- PB. Ainda é oportuno refletir com base na mesa coordenadora do respectivo CDS que a falta de atividade e registros é decorrente de uma série de fatores, a saber:

- Mudança de gestão ocasionou uma série de mudanças. Pessoas importantes no fomento da participação popular que viabilizavam o funcionamento dos conselhos foram ocupar cargos em outras instancias e se distanciaram dos conselhos distritais;
- A "desarticulação política". Não existe governabilidade nos conselhos distritais, e este depende do governo;
- As coordenações setoriais não funcionam;
- Gestão distanciada;
- Falta de vontade política por parte dos conselheiros;
- Necessidade de formação/qualificação no sentido de centraliza-la nos moldes práticos e políticos de militância, dispensando a centralidade de informações no caráter unicamente normativo;
- Base de educação popular para os conselheiros (Que conselheiro de saúde João Pessoa- PB esta precisando?);
- Regimento Interno fragilizado;
- Conselheiros sem conhecimento do regimento;
- Implantação dos CDS sem reflexão e planejamento;
- Funcionamento comprometido por desconhecimento de funções da mesa coordenadora e secretaria dos CDS;

O CDS III encontra-se sem atividades até o momento de realização da pesquisa. Estas questões necessitam ser analisadas sistematicamente, pois, ao passo que o CDS III encontra-se sem atividades, enfraquecido no que se refere à representação dos conselheiros e no controle social verifica-se como paradoxo que, para além dessas questões descritas o objetivo do CDS é ter a base fundamentada nas realidades distritais e apresentar a possibilidade de participação democrática de representantes e comunidade em torno de questões vivenciadas nas suas realidades de saúde, para que através desse processo seja possível publicizar ao município como um todo.

QUADRO 6 – ESPECIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ATAS DO CONSELHO DISTRITAL IV

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE IV	
Organização das titularidades	
Plano anual de ação para 2013	

FONTE: Pesquisa Documental, 2013.

O CDS IV teve como base documental para análise apenas uma ata de reunião. Foi possível diagnosticar que não existe livro ata e que falta a organização destes documentos. A procura por estas fontes foi feita através de várias visitas em instituições em que trabalhavam pessoas participantes da mesa coordenadora. No entanto, a alternativa de análise documental do estudo foi através da observação em reunião e a única minuta disponível. A representatividade dos conselheiros se apresentou de forma fragilizada.

Ainda pode-se perceber no CDS IV uma maior limitação da condução da reunião na postura de uma única pessoa da mesa coordenadora – o que não faz parte dos pressupostos desses espaços. É preciso salientar o caráter de liberdade na fala, discussão e debates com base no modelo de democracia deliberativa. A primeira reunião de 2013 foi em abril conforme ata, e compreendeu a perspectiva de reativação das funções e reordenamento de ações a serem desenvolvidas. A deliberação se limitou as questões organizacionais e na necessidade de articulação com instituições para representar o segmento usuário, ou seja, rotatividade nas representações.

QUADRO 7 – ESPECIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ATAS DO CONSELHO DISTRITAL V

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE V
Cumprimento do regimento interno
Análise da situação dos conselhos locais
Fornecimento de fardamento as agentes comunitárias de saúde
Agendamento de consultas especializadas
Avanço na saúde do município
Necessidade de respeito aos trabalhadores da saúde por parte dos usuários na maneira de reivindicar seus direitos
Homologação da mesa diretora
Calendário de reuniões
Plano de ações
Historia do conselho municipal de saúde
Reforma do ginásio padre hildo bandeira
Violência nas comunidades Pe. Hildo bandeira e São Rafael
Comunidade da Praia da Penha satisfeita com a nova unidade
Solicitação ao conselho municipal de reunião com todas as mesas diretoras dos CDs
Colégio infantil na rua Aragão e melo por estar fechado encontra-se com caixa de água aberta e lixo nos arredores (sms e emlur)
Reunião de mesas diretoras antecedentes as do CDs
Apresentação de demandas discutidas no CLS de santa clara
Comunidade são José em processo de educação e conscientização sobre lixo e poluição

Evidencia a necessidade da participação popular nas reuniões
Usuários tem vivência e conhece a realidade da comunidade
Importância de pontualidade para o início das reuniões e justificar ausências
Lei para efetivar os CDS e CLS
CDS V é referencia aos demais conselhos
Importância da ouvidoria em saúde e contatos
Substituição de alguns conselheiros considerando a saída de profissionais do DS
Explicação de como se tornar um membro oficial do CDS
Importância de estudar o regimento interno do CDS
Continuar na utilização do grupo de e-mail
Importância da participação popular
Divulgação do grupo terceira idade da USF Santa Clara
Vigência de mandato dos conselheiros
Necessidade de documentação atestando início de participação no CDS
Agendamento de reunião (ultima sexta)
Reclamações sobre a USF da comunidade Pe. Hildo Bandeira
CLS lugar de reivindicar
Necessidade de dialogar com outras instancias para ter apoio na comunidade
CDS não é um espaço político partidário, mas do povo;
Leitura de regimento interno com a contribuição de cada conselheiro e intervenções;
Indagação sobre a possibilidade da USF funcionar a noite;
Necessidade de apresentar o perfil da Estratégia de Saúde da Família e níveis de atenção;
Representante da Penha escuta usuários da Penha através de reuniões para escutar demandas e levar ao CDS;
Reclamações da USF da Penha e a necessidade de um ouvidor da saúde nesta unidade;
Explicação sobre o fechamento da farmácia popular no bairro dos ipês e sua reabertura;
Representante solicitou resposta por escrito com data de reabertura da farmácia;
Solicitação de calendário/plano com data de reuniões;
Solicitação que a pauta da reunião fosse enviada 48hs de antecedência a reunião;
Discutir a problemática do lixo na comunidade São José;

FONTE: Pesquisa Documental, 2013.

O CDS V com base nas minutas e acompanhamento das reuniões apresentou níveis de representação e deliberação com base nas realidades que fazem parte do distrito sanitário. As minutas e a observação das reuniões possibilitaram verificar a existência do papel deliberativo por parte dos representantes em desenvolver argumentos e encaminhamentos na perspectiva de demandar soluções aos problemas de saúde do distrito sanitário. Um fato que merece destaque é referente ao recesso das atividades compreendido no período eleitoral. Alguns conselheiros estavam fazendo desse espaço político uma arena partidária e não um ambiente da sociedade civil em refletir coletivamente sobre a realidade dos usuários da política de saúde.

Com base no exposto, o caráter intersetorial das deliberações é fato presente nas questões salientadas com base nas reuniões dos conselhos distritais. Esse motivo nos faz entender que o princípio de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde quando reflete a saúde interligada com todas as necessidades essenciais ao ser humano esta em voga. Portanto, o direito a saúde se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como garantia ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente se opondo dessa forma a concepções que a interpretam como sinônimo de “doença”.

O quadro a seguir sistematiza a delimitação do CDS mais e menos representativo de acordo com a realidade dos CDS II e V respectivamente:

QUADRO 8– ESPECIFICAÇÃO DO CRITÉRIO DE MAIS E MENOS REPRESENTATIVO COM BASE NA ANÁLISE DOCUMENTAL

MAIS REPRESENTATIVO	MENOS REPRESENTATIVO
As reuniões são realizadas com frequência para deliberar sobre a política de saúde	As reuniões não são realizadas com frequência para deliberar sobre a política de saúde
As ações deliberadas nas reuniões são normalmente encaminhadas	As ações deliberadas nas reuniões não são normalmente encaminhadas
Existe um processo efetivo de deliberação das ações	Não há um processo efetivo de deliberação das ações
Existe uma participação efetiva nas discussões em reuniões	Fragilidade de discussões efetivas em reuniões

FONTE: Pesquisa Documental, 2013.

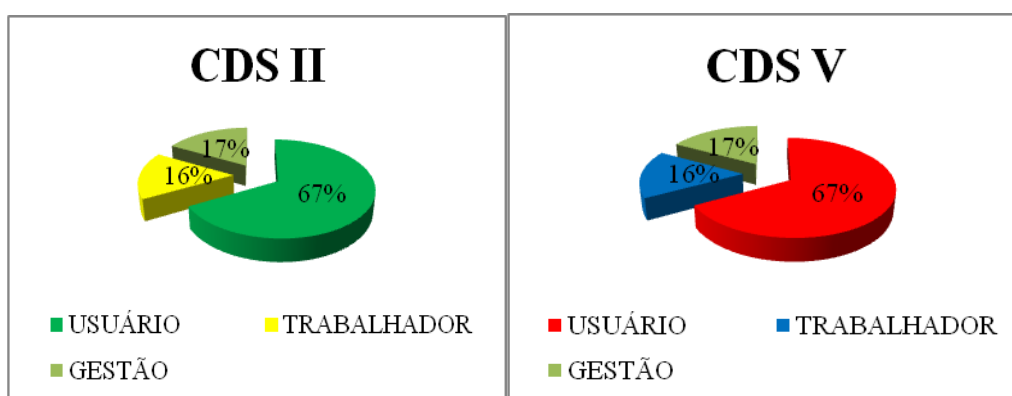
3.4. O perfil dos conselheiros do CDS

A pesquisa com os conselheiros distritais de saúde no município de João Pessoa-PB teve como amostra 50% dos conselheiros titulares dos CDS II e V. Portanto, reiteramos que cada CDS é composto por 12 (doze) conselheiros titulares e seus respectivos suplentes. O estudo delimitou os conselheiros titulares dos segmentos paritários que o compõe. Foi realizada a pesquisa com 6 (seis) conselheiros de cada conselho, proporcional ao total de titularidades.

O estudo apresenta o mesmo total de sujeitos do segmento usuário, gestão e trabalhador concomitantemente a cada conselho. O desenho comparativo de ambas as realidades tem como característica analisar com base nos dados coletados os fatores que favorecem e obstaculizam a instancia de caráter representativo e participativo.

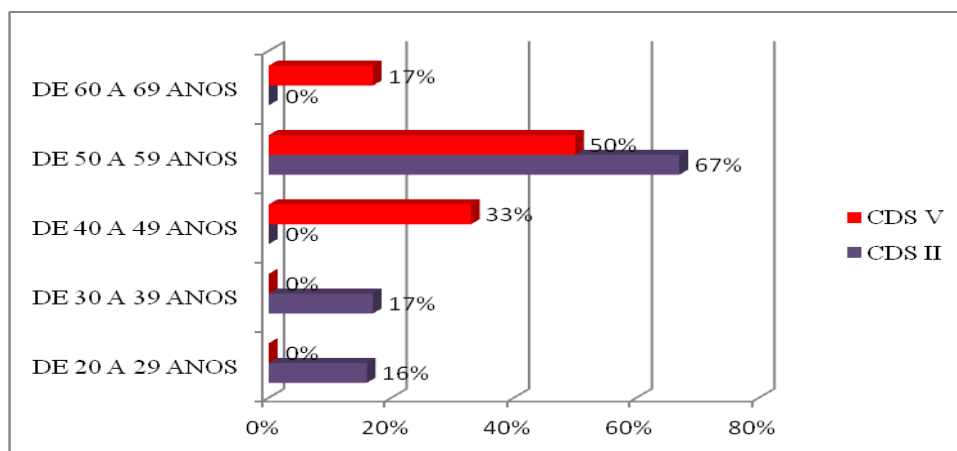
O gráfico a seguir reflete sobre o aspecto quantitativo de conselheiros pesquisados no CDS II e CDS V do município de João Pessoa- PB.

Gráfico nº02- Os sujeitos pesquisados dos CDS II e V



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e CDS V 2013

A mesma quantidade de sujeitos no estudo favorece uma análise objetiva da realidade investigada, principalmente por se tratar de um estudo comparativo. O gráfico a seguir se refere à idade dos conselheiros distritais na perspectiva de delinear este quesito.

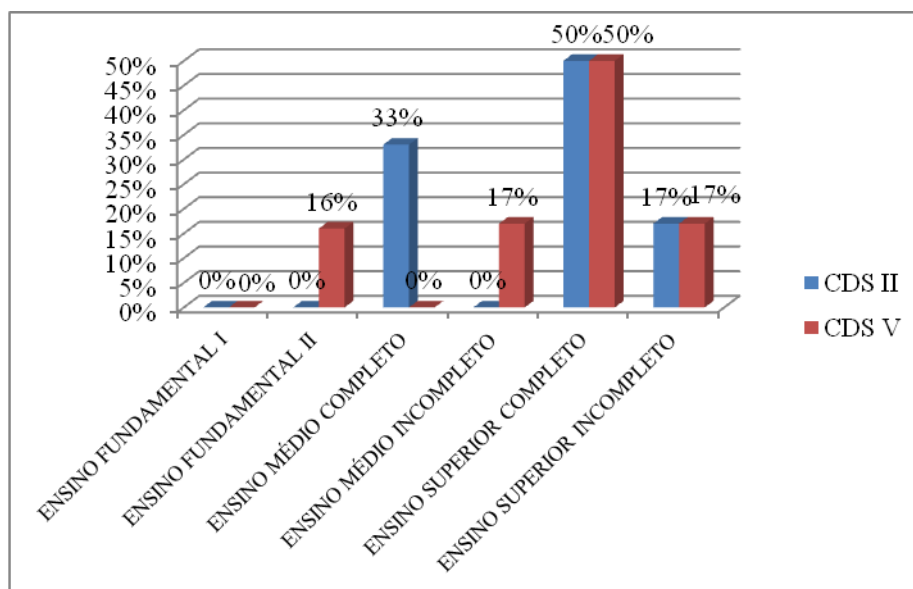
Gráfico nº 02- A idade dos sujeitos pesquisados CDS II e CDS V

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Diante do diagnóstico do CDS mais representativo e menos representativo, podemos analisar com base nos dados que no CDS II – o menos representativo – o maior percentual de conselheiros no quesito de faixa de idade mais jovem compreende dos 20 aos 29 anos com porcentagem de 16%. Já a idade no grau mais adulto do CDS II é dos 50 a 59 anos com total de 67%. O maior percentual de sujeitos mais jovens do CDS V – o mais representativo – é dos 40 a 49 anos com 33% e a maior faixa de idade com percentual significativo de 50% é refletida dos 50 aos 59 anos. Esse fato aponta, portanto, que o CDS V tem um público de conselheiros mais adultos do que o CDS II.

Os conselheiros distritais do CDS V apresentam uma maior proporção de pessoas com idade adulta. Para Wendhausen (2002 *apud* WENDHAUSEN, BARBOSA e BORBA, 2006), este fator apresenta uma ideia positiva para a prática participativa, porque o conselho como espaço de decisão embasada nos dados, fatos, contextos e experiência são também delineados com a maturidade. “Mesmo que existam outros fatores a interferir no processo participativo, este, em nosso entender, pode ser um elemento favorável à participação” (WENDHAUSEN, BARBOSA e BORBA, 2006, p. 136).

O gráfico a seguir apresenta a Escolaridade dos representantes distritais de ambas os conselhos e seus níveis de classificação.

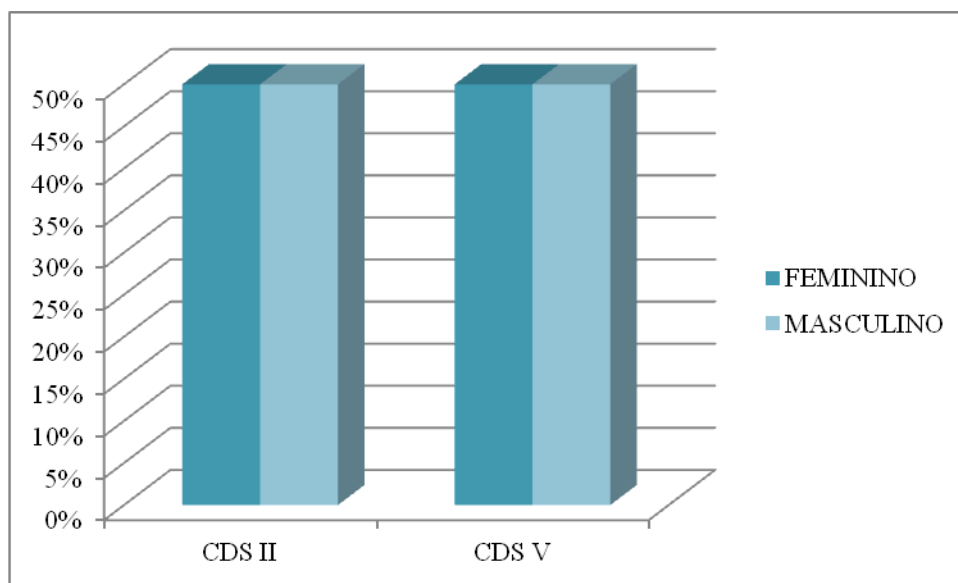
Gráfico nº 03- A escolaridade dos Conselheiros Distritais

Fonte: Pesquisa de Campo CDS II e V 2013

A escolaridade de ambos os conselhos apresentam pontos iguais e diferenciados. O ensino superior completo de ambos os conselhos possui a mesma porcentagem de 50%. Todavia, no CDS II o grau de ensino médio completo com 33% possui destaque frente aos 17% do CDS V que tem ensino médio incompleto. Os índices de escolaridade expressam, principalmente, para o CDS V que sua maior ou menor progressão de escolaridade não influencia na capacidade de realizar a deliberação pública.

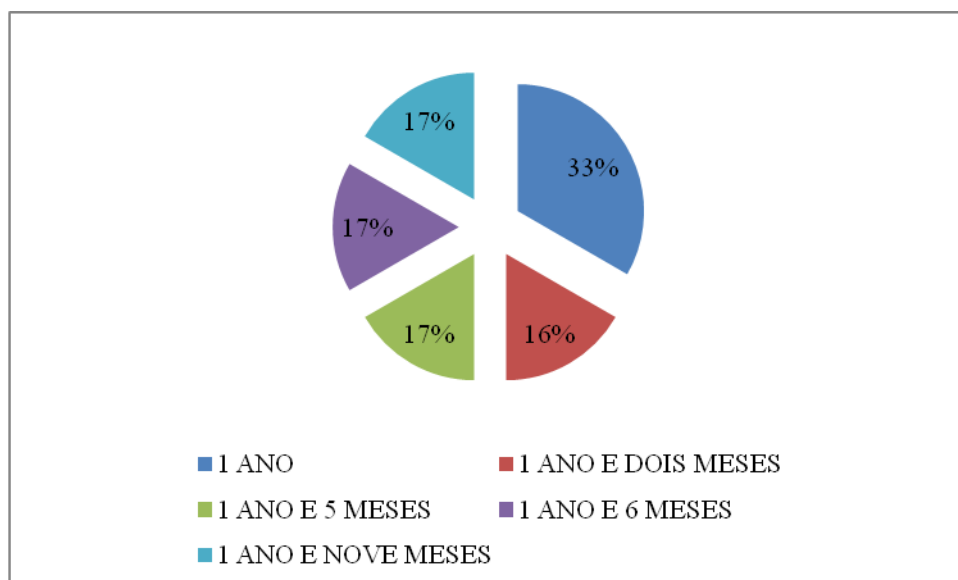
Dessa forma, a deliberação sobre a política de saúde nos distritos sanitários – com base nos CDS II e V – não depende do fator escolaridade, ao contrário, o nível de escolaridade tem pouca influência na postura dos conselheiros distritais, implicando a importância nesse estágio da vontade política e a igualdade no processo de comunicação.

Quanto à presença de homens e mulheres nesses espaços, podemos refletir através do gráfico a seguir o percentual quanto à respectiva participação no Conselho Distrital.

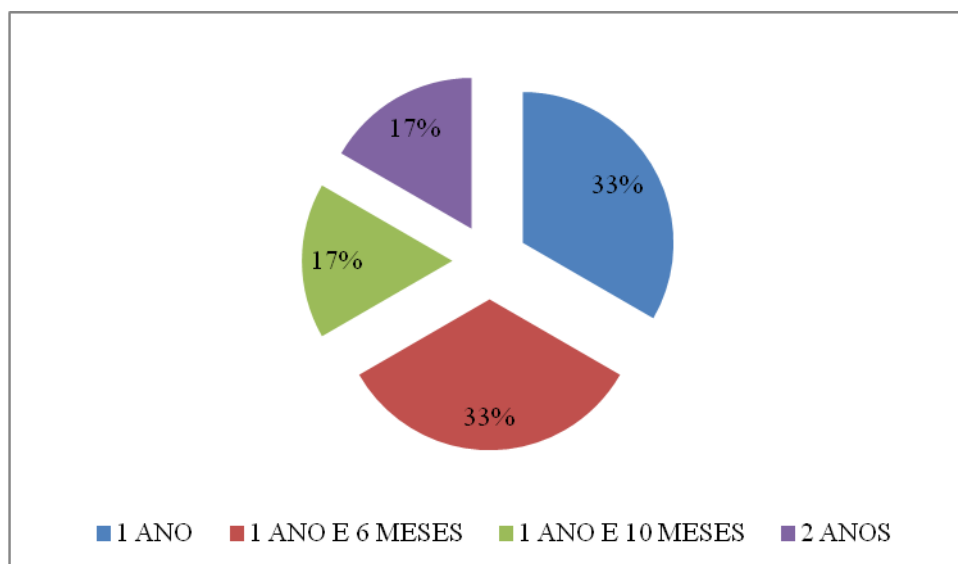
Gráfico nº 04- A presença do sexo feminino e masculino nos CDS**Pesquisa de Campo CDS II e V 2013**

Nos Conselhos Distritais de Saúde II e V de João Pessoa- PB a representação conforme o gênero masculino e feminino aponta que ambos estão reiterados da importância de sua presença nestes espaços. A presença masculina e feminina é análoga. Os dados apresentam que não existe tendência de diminuição de mulheres nem de homens em instancias de decisão.

É importante refletir sobre o tempo de atuação enquanto conselheiro e recorrência da rotatividade nas representações. Os gráficos a seguir refletem estas questões.

Gráfico nº 05- O tempo no CDS II

Pesquisa de Campo CDS II e V 2013

Gráfico nº 06- O tempo no CDS V

Pesquisa de Campo CDS II e V 2013

Os sujeitos do CDS II no que se refere ao menor tempo de atuação apresentam o total de 33% equivalente a 1 (um) ano de atuação, e o maior tempo é de 1 (um) ano e nove meses com 17%. O CDS V expressa porcentagem de 17% referente ao estágio de

1 (um) ano no CDS e o maior tempo que a maioria dos sujeitos expressou estar atuando no CDS foi de 2 anos com 17%. O CDS V é destaque na vigência das representações.

Contudo, um fator que pode ser diagnosticado é a significativa rotatividade dos sujeitos na representação distrital⁸. As representações de gestão e trabalhador sofrerão modificações de atuação devido à mudança de governo municipal em 2013 e o segmento usuário com muita frequência, por não frequentar as reuniões do CDS, também são frequentemente substituídas.

As representações são modificadas conforme o art. 8º do regimento interno quando os representantes faltarem sem justificativas três reuniões consecutivas ou cinco alternadas no período de doze meses e nestas condições será solicitado à substituição do representante da respectiva entidade.

Neste sentido, a alta rotatividade além de ocasionar a dificuldade no engajamento da dinâmica dos CDS, estes conselheiros “novos” irão necessitar da aproximação com o espaço e com a dinâmica deste espaço. Isso pode se desenvolver de forma rápida e eficaz, mas também pode ocorrer de forma descontínua e com a necessidade de conhecimento das atribuições, a história do espaço e os limites e possibilidades existentes.

O CDS V comparado ao CDS II tem uma maior composição de conselheiros com significativa frequência de tempo neste espaço. Esse fato reflete no próprio processo de participação. Os conselheiros com maior tempo de atuação possuem consequentemente mais conhecimento do regimento interno, da dinâmica de funcionamento e organização do CDS. Expressam maior engajamento por continuarem na ótica de atuação em torno da gestão da política pública de saúde em nível de distrito sanitário.

3.5. A organização e funcionamento do CDS

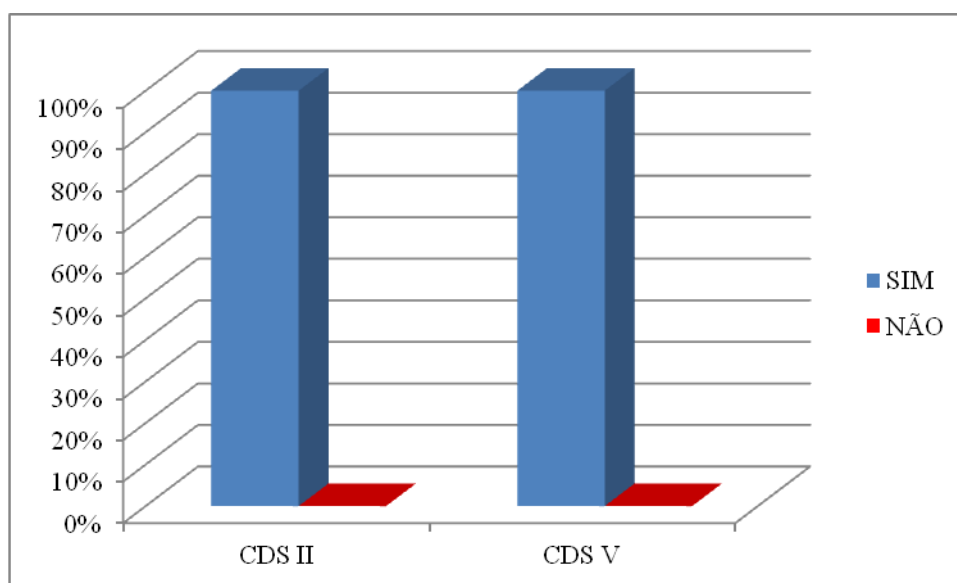
⁸ É importante destacar que os sujeitos da pesquisa em ambos os conselhos foram priorizados pela vigência de maior tempo como conselheiro tendo em vista que sua contribuição é maior ao responder o formulário.

O Conselho Distrital de Saúde é uma instancia consultiva da política de saúde e tem o desígnio realizar o controle social nas instancias distritais que compõe o município de João Pessoa- PB. Esses espaços de caráter distrital são importantes no contato com a comunidade, principalmente pela perspectiva de participação da sociedade civil na deliberação pública.

Com base no regimento interno, no art. 7º os representantes de cada segmento tem o pleito de 2 (dois) anos para atuar como conselheiro, podendo ser reconduzido por igual período, não devendo coincidir com o mandato do governo municipal. Atualmente, o CDS no município de João Pessoa- PB está completando o primeiro pleito e há probabilidade que ocorra prorrogação das representações.

Os representantes quando questionados se a participação no CDS contribui para o fortalecimento da democracia afirmam a seguir:

Gráfico nº 07- O CDS e o fortalecimento da democracia



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

A expressiva compreensão por parte dos representantes em acreditar que esta instancia favorece o fortalecimento do controle social na política de saúde ainda tem como entrave o diagnóstico com base nas seguintes afirmativas:

Mas não está funcionando. Se o conselho fosse atuante teria esse resultado. Nem o CMS funciona, quanto mais o distrital. (CDS II, nº 1).

A própria ideologia dos conselhos de maneira geral, já pressupõe o fortalecimento da democracia, inclusive da democracia participativa, já que inclui gestores, trabalhadores e usuários na luta e deliberação de ações; bem como plenárias abertas à participação de quem tiver interesse, podendo este ter direito a voz (CDS II, nº 4).

Pois é um espaço onde podem ser discutidas várias pontes importantes, levando em consideração não apenas a opinião dos trabalhadores, mas também a participação popular (comunidade) (CDS II, nº 5).

O CDS V aborda as seguintes afirmações:

Porque dar vez e voz a comunidade a cobrar suas demandas, como também acompanhar as ações de saúde na comunidade (CDS V, nº 2).

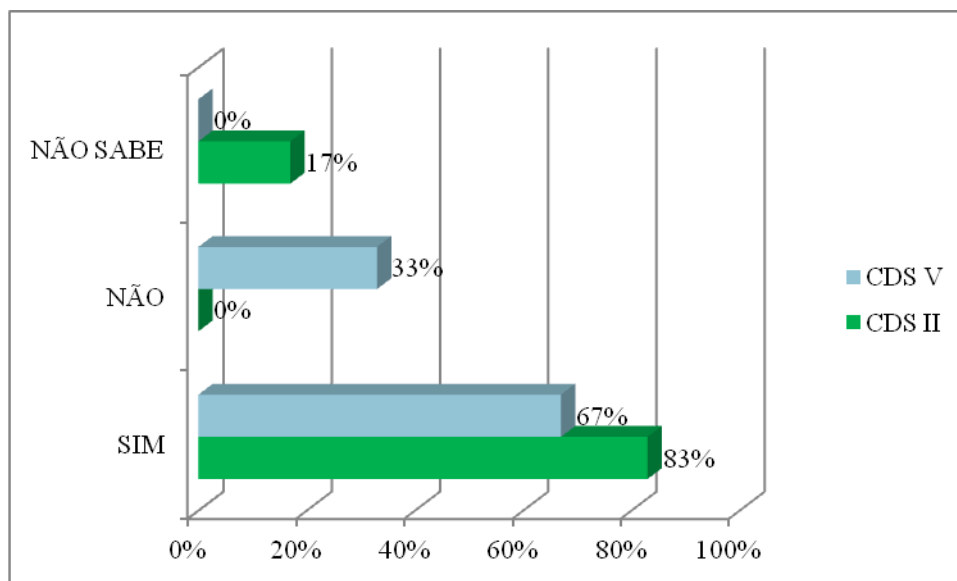
Porque o conselho esta mais a frente nas questões da saúde, mas nem tudo depende desse espaço. Tem muito chefões (CDS V, nº 3).

Através das articulações e discussões entre gestores, trabalhadores e principalmente usuário é possível identificar as prioridades da saúde e deliberar algumas articulações (CDS V, nº 4).

Com base nas falas dos conselheiros é possível perceber que por mais que acreditem ser um espaço que fortalece o controle social o entendimento se apresenta na associação de controle social a resultados e ao diálogo estabelecido entre os segmentos paritários.

As afirmativas dos sujeitos se definem pelo entendimento do CDS e o fortalecimento da democracia baseado na perspectiva de caráter plural e híbrido quanto às representações, a importância de plenárias abertas ao público, à importância da participação popular e os usuários como protagonistas principais na deliberação. Os conselheiros distritais de ambos os conselhos reconhecem a importância do espaço associado ao controle social, todavia visualizam fatores como a correlação de forças para além do espaço do CDS revelado na necessidade de deliberar para instâncias maiores, onde se encontram os “chefões” pelo qual se mencionou.

Esta questão impulsiona a refletir sobre o caráter deliberativo e consultivo nos espaços de democracia participativa.

Gráfico nº 08- A Função Consultiva e Deliberativa e a efetividade do CDS

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O destaque de confirmação quanto à função do CDS ser consultivo e não deliberativo provoca na maioria dos representantes dos conselhos distritais a compreensão que associa consultivo a falta de autonomia. Como veremos nas falas abaixo:

Porque deveria ser deliberativo. Agora um deliberativo que trouxesse resultados. (CDS II, nº 1).

Caso o mesmo fosse deliberativo facilitaria alguns processos (realização de) que, por vezes, desmotivam a nós conselheiros [...] (CDS II, nº 4).

Pois deixa a desejar no sentido de não poder tomar decisões, o que dificulta o processo de trabalho no conselho distrital (CDS II, nº 5).

Os conselheiros do CDS V afirmam também:

Existe vontade, mas não pode fazer o trabalho no CDs sozinho. Tem gente mandando mais fora do conselho (CDS V, nº 3).

Porque sendo deliberativo tem mais autonomia (CDS V, nº 6).

O propósito de possibilitar ao conselho distrital o caráter deliberativo apresenta-se para os conselheiros – associado à ideia de autonomia – o poder de resultado. Neste sentido, o processo de trabalho salientado pelos sujeitos é no sentido de deliberar de

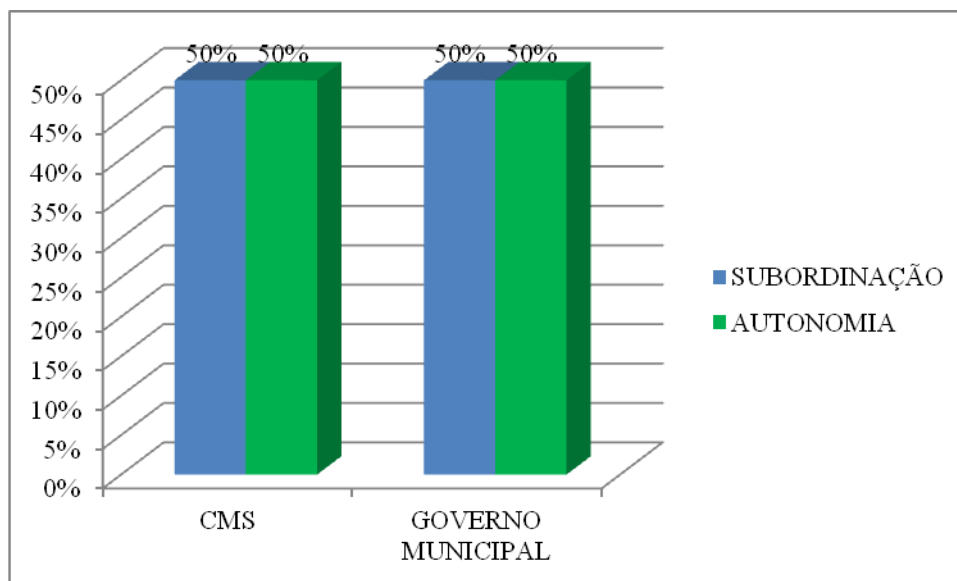
forma argumentativa, mas que fossem visualizados os resultados nos territórios dos encaminhamentos para a política de saúde.

A conjuntura que se desenvolve a democracia participativa, particularmente a realidade dos conselhos distritais de saúde se repõe a uma sociedade com marcas de uma ancoragem *societal*. A cultura política de participação proporciona aos cidadãos em geral a capacidade de expressar demandas nas diversas políticas sociais, mas os próprios representantes que se colocam na responsabilidade e compromisso de estar defendendo o segmento a que se propõe não conseguem visualizar força, autonomia e igualdade diante das deliberações realizadas em espaços como os conselhos distritais.

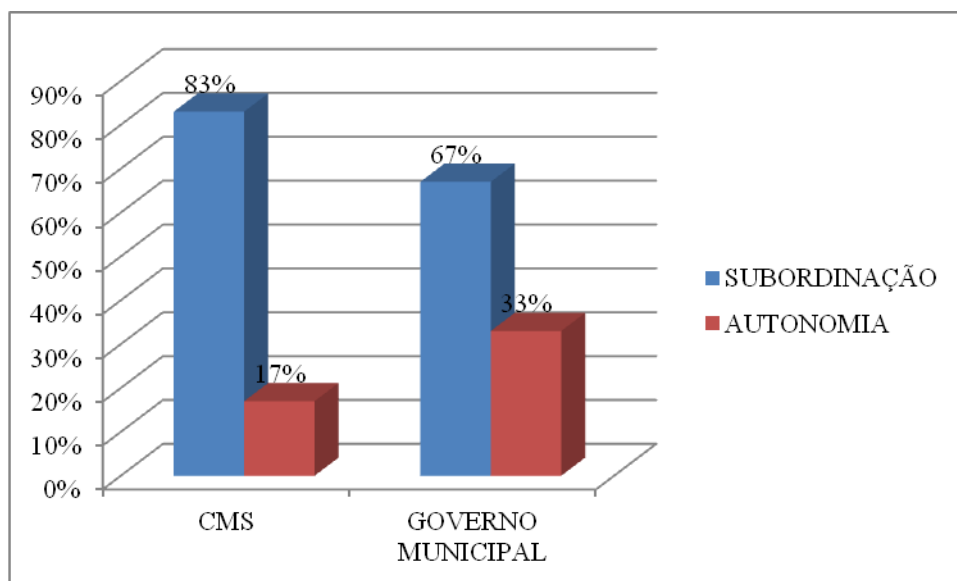
Expressões designadas como “chefões” ou “tem gente mandando mais fora do conselho” fortalece a descredibilidade em estar presente nas plenárias, e quando presentes e trazendo ao público questões para serem discutidas sem esperar resultados.

Com base na realidade de muitas instâncias de participação social no Brasil Grisotti, Patrício e Silva (2010) ressaltam que por mais que tenha desencadeado inúmeras experiências de participação social no âmbito brasileiro alertam principalmente a omissão de aspectos basilares que é a cultura de participação no núcleo da sociedade.

Nesta ótica de motivos, é importante compreender a relação de forças nos Conselhos Distritais de Saúde. Com base nos gráficos a seguir, pode-se visualizar para além da questão institucional a relação de subordinação e autonomia entre o CMS e o governo municipal.

Gráfico nº 09- Subordinação e autonomia do CDS II

Pesquisa de campo CDS II 2013

Gráfico nº 10- Subordinação e autonomia do CDS V

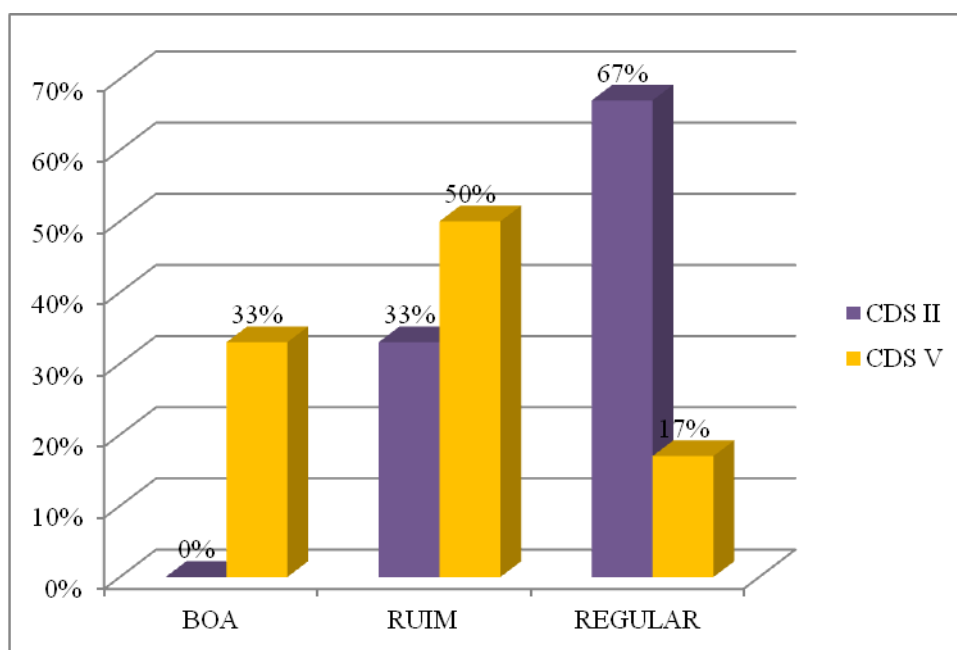
Fonte: Pesquisa de campo CDS V 2013

Os sujeitos que representam o CDS II afirmam subordinação e autonomia como aspectos recorrentes. Todavia, o CDS V como o mais representativo (conforme categorias de análise) atestou para uma significativa expressão de subordinação do CDS ao CMS e Governo Municipal. A capacidade de perceber o modo inovador e tradicional dos Conselhos Distritais de Saúde faz com que o CDS V, no papel de seus representantes, utilize este canal como fonte de deliberação pública mesmo com a

percepção de que as demandas postas dependam de instancias maiores com caráter deliberativo.

O Conselho Municipal de Saúde é a instancia máxima de controle social com base no regimento interno do CDS. A este espaço fica o critério de solucionar decisões que não obtiveram consenso no distrital. Por outro lado, quando questionados sobre a relação do CDS com o CMS entendendo, sobretudo que deve haver um trabalho contínuo interconselhos obteve-se o resultado visualizado no gráfico a seguir.

Gráfico nº 11- A relação do CDS com o CMS



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O percentual de 83% com relação à subordinação do CDS V ao CMS na visão dos conselheiros expressa o reflexo da própria relação estabelecida entre as instancias. De acordo com o gráfico anterior (nº) 50% dos sujeitos que fazem parte do CDS V afirmam que a relação com o CMS é ruim. Com base nas falas abaixo pode-se observar os motivos que levaram à justificativa.

Porque não existe relação e nem tão pouco o CMS comparece as reuniões do CDS, como também as demandas encaminhadas não tem uma resposta precisa (CDS V, nº 2).

Os órgãos não funcionam (CDS V, nº 3).

O CDS II apresenta ainda:

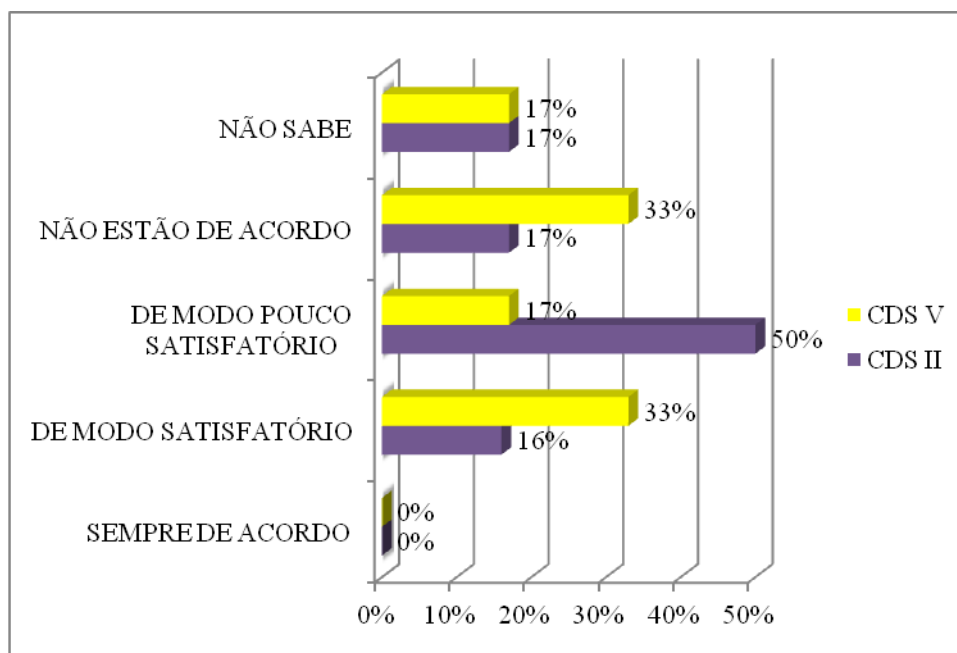
É cada um por si (CDS II, nº 03).

A única relação foi em que uma representante do CMS foi convidada a participar de uma reunião do CDS e a mesma chegou mais de uma hora atrasada, não interagiu, passou menos de uma hora na reunião, se apresentou, fez uma breve fala sobre o CMS e pediu licença para sair, pois teria outra reunião naquele momento (CDS II, nº 5).

Conforme Regimento Interno no art. 4º o CDS tem como atribuição encaminhar ao CMS as propostas surgidas no âmbito local como também por não possuir caráter deliberativo, fica ao CMS definir e deliberar sobre temas que não possuem consenso no CDS. O CDS e o CMS possuem vínculos de organização, funcionamento e perspectivas de desenvolver atividades de deliberação pública. No entanto, se forem observados os cumprimentos em regimento e a prática dessa participação existe a impossibilidade do CDS entender o CMS com parceria nas demandas que são discutidas em âmbito distrital.

No que se refere aos aspectos de subordinação e autonomia do CDS com relação ao governo municipal o gráfico abaixo retrata a opinião dos sujeitos pesquisados.

Gráfico nº 12- As ações da gestão municipal e as deliberações do CDS

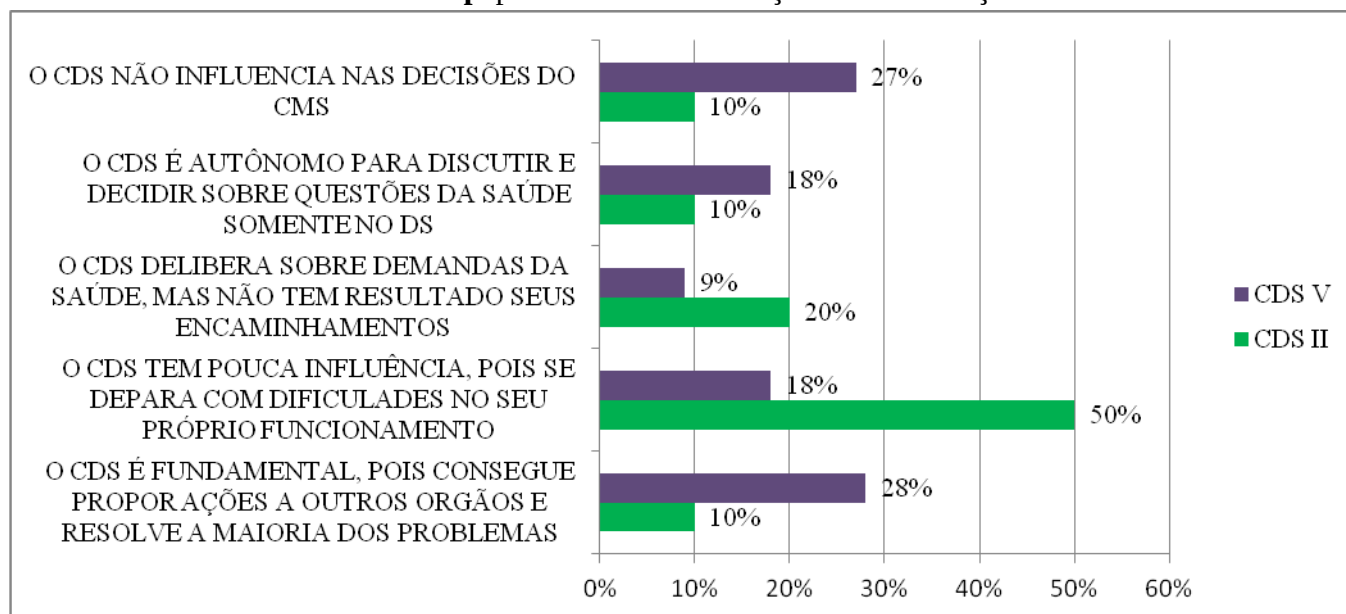


Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Os sujeitos pesquisados do CDS II expressam com 50% que as ações do governo municipal estão irrisoriamente satisfatórias com as decisões deliberadas no CDS. O CDS V afirma com 33% que as decisões do poder municipal não estão de acordo com as determinações na instancia dos conselhos.

Diante do exposto, quando questionados sobre o papel do CDS na resolução das deliberações, os sujeitos pesquisados compreenderam as seguintes questões, a saber:

Gráfico nº 13- O papel do CDS na resolução das deliberações



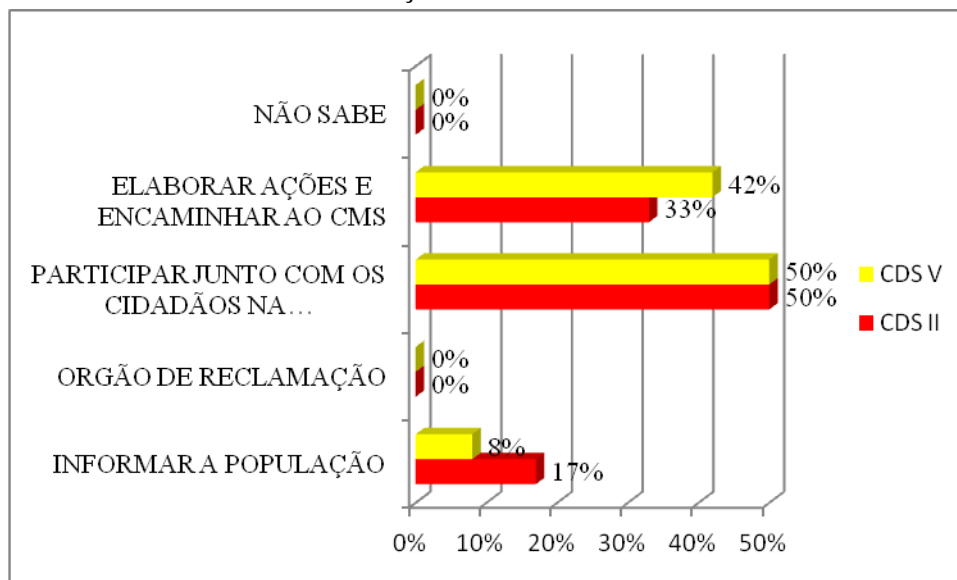
Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS II na sua maioria tem destaque em duas questões salientadas por meio da porcentagem no gráfico. A primeira se repõe as dificuldades no funcionamento e a segunda é quanto à existência de deliberação nas reuniões mensais e a carência de retorno sobre as questões discutidas, principalmente no tocante aos resultados.

Ao contrário do CDS II os sujeitos do CDS V destacaram com maior porcentagem frente à realidade vivenciada no conselho distrital que o CDS V não influencia nas decisões do CMS, todavia propõe assuntos aos órgãos na área respectiva e obtém resolução na maioria das demandas deliberadas nas plenárias. Portanto, o papel do CDS na resolução das deliberações reflete que o CDS V apresenta-se com maior ênfase no retorno das pautas e discussões em plenárias.

Neste sentido, quando mencionado aos conselheiros distritais do CDS II e V sobre a função dessa instância apresentaram as seguintes constatações, a saber, no gráfico a seguir:

Gráfico nº 14- A função do Conselho Distrital de Saúde



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

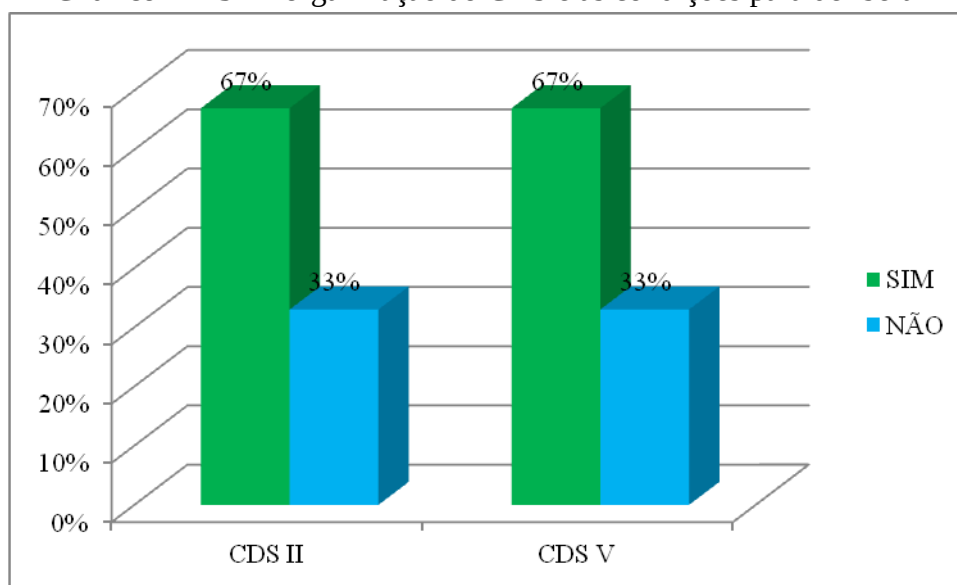
Diante das alternativas e das considerações dos sujeitos pesquisados, tanto o CDS V como o CDS II entendem que a função do CDS é participar junto com os cidadãos na deliberação das demandas de saúde. O CDS V ainda se destaca ao entender que a ação do CDS deve estar interligada ao Conselho Municipal de Saúde como órgão de encaminhamento das deliberações. O CDS II sobressai por seu turno que o CDS possui ainda a função de informar a população. Neste sentido, quando os sujeitos do CDS II se referem a estas instancias participativas com a capacidade de transmitir conhecimento e informar a comunidade, se repõe a proposta de ações de educação e comunicação em saúde, controle social, divulgarem as funções e competências do CDS.

Os representantes do CDS V compreendem a possibilidades de ação do CDS no que se refere à deliberação associada à comunidade e o papel do CMS no processo de encaminhamento as propostas surgidas no âmbito local. Essas propostas devem possuir relevância para o âmbito municipal, sob o pressuposto de aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS no município de João Pessoa- PB.

Implica por este véis o conhecimento dos conselheiros de ambos os conselhos no que se refere às competências do papel nesta instancia. (se esta instancia é aberta a todos com tantas regras será que um cidadão que não acompanha o processo saberia pelo menos solicitar a fala nas reuniões?).

É importante, todavia, que existam condições de funcionamento e organização nestes espaços para que de fato sejam estabelecidas as premissas de desenvolvimento da gestão participativa. Quanto a este aspecto os conselheiros refletiram sobre essa possibilidade de ação no respectivo quadro:

Gráfico nº 15- A organização do CDS e as condições para deliberar



Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Os conselheiros afirmam existir condições de funcionamento nas instancias que se propõe a deliberar sobre a política de saúde em nível de distrito sanitário. Todavia, os 33% de ambos os conselhos que afirmam não existir organização pode ser diagnosticado em algumas falas que se seguem:

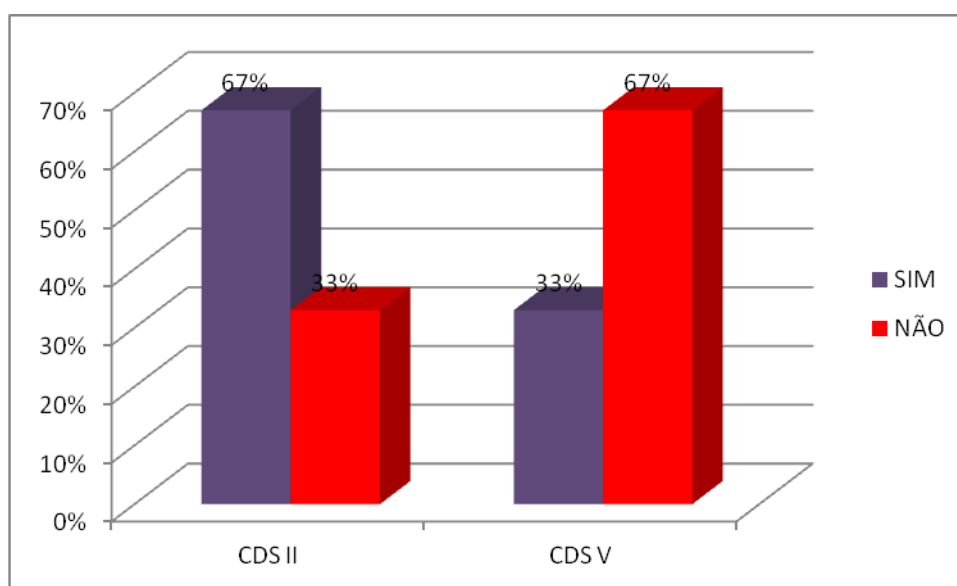
Porque não tem um lugar apropriado para as reuniões, não tem espaço, até água é difícil (CDS II, nº 1).

Porque não existe uma estrutura adequada para o funcionamento. Ex.: oferecer lanche nas reuniões e vale transporte (CDS V, nº 2).

A expressão da minoria, porém, significativa pode ser compreendida diante de duas premissas. A primeira quando se repõe ao local apropriado das reuniões para as reuniões, se repõe a política adotada pelo CDS II em realizar plenárias itinerantes com o intuito de conhecer a rede de serviços oferecidos nas unidades de saúde do distrito sanitário. Quanto às questões como oferecer vale transporte e lanche questiona-se sobre o comprometimento do representante em estar efetivando a participação social sem incentivos que podem provocar condicionantes desnecessários.

Mas, quanto às dificuldades em estar presente nas reuniões pode-se perceber que o CDS II se destaca no que se refere às impossibilidades de comparecer. Como podemos ver no gráfico abaixo:

Gráfico nº 16- A existência de dificuldade em estar presente nas reuniões do CDS



Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS II como menos representativo diante dos demais conselhos afirma com base no quantitativo significativo existir questões que impossibilitam a presença nas reuniões. De acordo com o regimento interno as plenárias serão instaladas com a presença de metade de mais um de seus membros, ou seja, é necessária para além do posicionamento participativo e argumentativo no âmbito do CDS a presença destes representantes para que a reunião tenha quorum e consequentemente efetividade.

A justificativa quanto à dificuldade compreende as seguintes falas:

Falta de lugar acessível e transporte quando o lugar é longe (CDS II, nº 1).

Por motivo do meu trabalho (CDS II, nº 2).

As agendas de compromissos são intensas, mas sempre tento priorizar o CDS e quando não vou articulo com o suplente (CDS II, nº 4).

Tempo. Tenho muitas reuniões da associação (CDS II, nº 6).

O CDS V quando mencionado sobre dificuldades expressa a justificativa a seguir:

Sim pela falta de acesso a transporte (CDS V, nº 03).

Algumas vezes sim, mediante outras agendas. Mas, como articulamos previamente as reuniões do CDS procuramos proteger essas agendas (CDS V, nº 04).

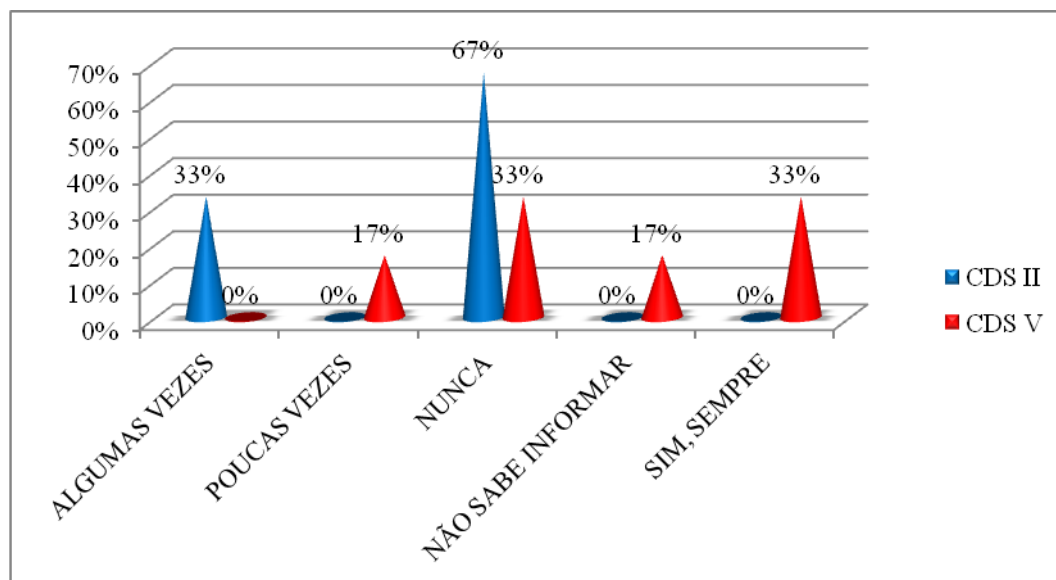
É preciso que sejam discutidas estas questões no próprio âmbito do Conselho Distrital, afinal a reunião é considerada como espaço necessário ao funcionamento do conselho. O caráter deliberativo depende tanto da capacidade de argumentação com da necessidade de um público plural para que sejam colocadas as questões que demandam intervenção na comunidade. Todavia, apontamentos como transporte e lugar acessível devem ser revistas uma vez que as plenárias do conselho são realizadas dentro da área que abrange o distrito sanitário, ou seja, trata-se de uma localidade conhecida pelo representante e que para a confirmação do posto que ocupa obteve a compreensão de que existiria a necessidade de locomoção para ocasiões mensais.

A multifuncionalidade dos conselheiros é um tema recorrente. Além dos compromissos que cada segmento paritário exerce no âmbito do trabalho de gestão, trabalhador da saúde e usuário que desenvolve o protagonismo em associações e demais órgãos dessa natureza estes se dispõem a estar no âmbito de espaços institucionalizados em torno da cogestão de políticas públicas. O CDS dispõe de documentação com dispensa do trabalho, quando é o caso, todavia, ainda é visível que estes conselheiros principalmente do CDS II, em sua maioria sentem a dificuldade em estar presente nas reuniões em decorrência de cargos e responsabilidades diversas que ocupam além do posto de representantes em conselhos paritários.

A comunidade como parte importante ao processo de controle social na efetividade do CDS não está presente nas reuniões mensais. O CDS II e o V através do estudo de atas nunca obtiveram participantes no processo deliberativo além dos

representantes dos segmentos paritários. Todavia, quando questionados da existência de divulgação das reuniões do CDS para a população e consequentemente estimular o exercício do controle social obteve-se o seguinte resultado:

Gráfico nº 17- A divulgação das reuniões do CDS para a população



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS II lidera na afirmação de que nunca houve divulgação das reuniões para a população. A representação nesta perspectiva se apresenta como tutela da comunidade assistida. Ao contrário do que ocorre a representação associada à participação deve atuar propositado no trabalho coletivo entre o conselheiro, a comunidade e os demais sujeitos na arena de discussão.

A divulgação das reuniões pode ser desenvolvida através de informativos nas unidades de saúde, sites da secretaria de saúde, panfletos e demais instrumentos. O CDS V quando afirma existir divulgação apresenta o método “boca a boca” com a população e contato entre os profissionais de saúde e gestores. No entanto, mesmo diante dessas ínfimas estratégias de divulgação das reuniões não existe a participação de usuários ou profissionais de saúde no conselho distrital. É importante ainda refletir que essa ausência de participação, mesmo com o convite por iniciativa própria dos conselheiros não desperta nas pessoas o interesse em participar e deliberar sobre questões de seu cotidiano e melhorias na política de saúde.

O processo de descentralização de decisões e ações desencadeados nos CDS no município de João Pessoa- PB revela uma participação ancorada ao pressuposto de representantes, que falam em nome de sua comunidade, de seu “povo”, na tentativa de conseguir melhorias na situação de vida da região que representa. Existe, portanto matrizes importantes neste diagnóstico, primeiro à representação que desenvolve a comunicação, em alguns casos, com a comunidade no contato direto e com instituições e profissionais de saúde para levar ao conselho “porta voz” e segundo uma representação encarada de forma limitada ao seu segmento, as demandas da sua comunidade. O “meu povo” apresenta o paternalismo da representação, e o povo entender esse representante como mensageiro de suas vulnerabilidades no acesso ao direito à saúde apresenta a representação tutelada.

O formato institucional e organizacional dos Conselhos Distritais de Saúde é responsável pela qualificação das ações desencadeadas no seu núcleo. Os espaços fechados das reuniões, em salas formalizadas favorecem um clima aquém do despertar estimulante do usuário da saúde em participar.

O CDS V em sua maioria realiza as reuniões no CECAPRO Beira Rio numa sala estruturada e com condição estrutural boa. O CDS II realiza reuniões itinerantes nas unidades de saúde também em salas estruturadas com estrutura regular. Esse aspecto formal se por um lado possibilita condições de trabalho, por outro não causa visibilidade para a comunidade se aproximar e se interessar pelo processo deliberativo.

Neste sentido, a democratização das informações permite ao usuário estar no centro desse processo e numa situação de corresponsabilidade. “Mas, para que essa gestão participativa aconteça, torna-se necessária à existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações” (JORGE; VENTURA, 2012, p. 07).

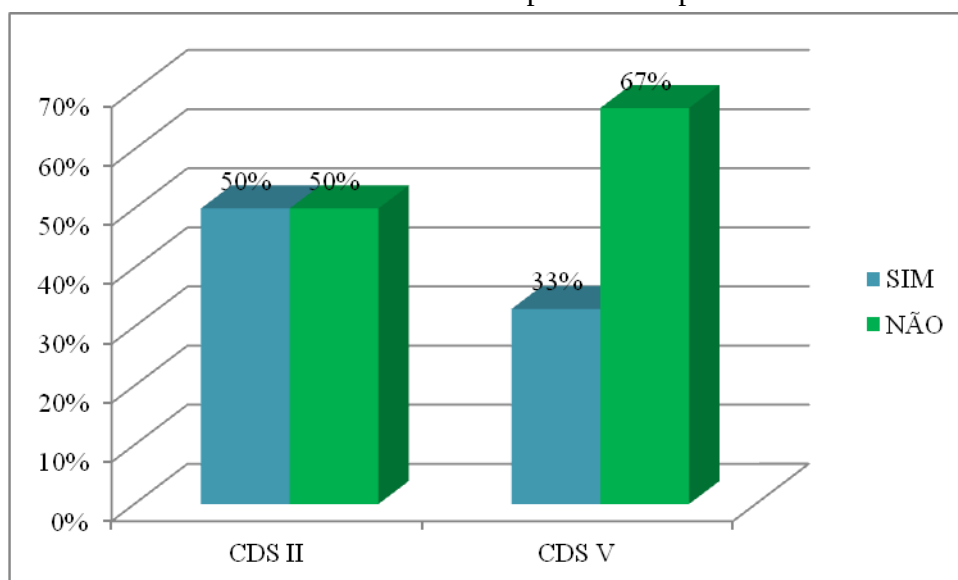
3.6. A relação do CDS com a comunidade

A comunidade é o espaço que possibilita para estes conselheiros tanto a oportunidade de conhecer as problemáticas, como ainda despertar vínculos de pertencimento com a região. No entanto, é importante compreender que o CDS mesmo localizando-se em regiões distritais faz parte de uma totalidade. Os obstáculos, limites e

perspectivas da política de saúde em nível de município necessitam do diagnóstico das peculiaridades de saúde. A concretização do SUS necessita do diagnóstico dos distritos sanitários para formar o macro que é a cidade de João Pessoa- PB.

Os sujeitos que compõem o CDS têm como característica o protagonismo desenvolvido nas respectivas comunidades. No entanto, estar no papel de representante de segmentos paritários no CDS não significa que a atividade desenvolvida nestas instâncias se limite somente aos conselheiros distritais. Para além desta finalidade, é importante saber se o município e o próprio distrito sanitário conhecem da existência do CDS. O gráfico a seguir expõe a consideração dos sujeitos sobre esta questão.

Gráfico nº 18- O conhecimento do CDS pelo município e o distrito sanitário



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS por mais que exista há pouco tempo e tenha percorrido uma trajetória ainda pequena, se apresenta como uma “criança” aos que fazem parte do seu processo de crescimento e organização. Todavia, não seria exigir muito que já houvesse iniciativas para favorecer seu destaque e publicização tanto ao município como ao distrito sanitário. Não é, portanto, de se admirar que este espaço na concepção dos sujeitos pesquisados não seja conhecido e que não tenha visibilidade no município de João Pessoa- PB.

A cidade do Rio de Janeiro- RJ possui o CDS instituído pela Lei nº 5. 104/ 2009, sua vigência não diferencia do CDs em João Pessoa- PB. No entanto, a instância possui um portal eletrônico foi possível visualizar as atas das reuniões ordinárias e

extraordinárias, regimento interno, composição do CDS/ RJ, agendas, comissão executiva e informativos. Nesta perspectiva, seria interessante se os CDS de João Pessoa-PB atuassem com essa ferramenta de publicização.

A justificativa dos sujeitos do CDS II para o gráfico acima se revela nas seguintes justificativas:

Sim mas não tem nenhuma influência e colaboração para o CDS porque o próprio CMS não repercute em nada no distrital (CDS II, nº 01).

Não pela falta de divulgação na comunidade (CDS II, nº 03).

Infelizmente ainda não é bem divulgado, ou melhor, não é divulgado. Nem mesmo os profissionais de saúde em sua grande maioria entende o real significado do CDS. Faz-se necessária uma maior divulgação (CDS II, nº 05).

Sim pelas reunião (CDS II, nº 06).

Os sujeitos do CDS V abordam as explicações a seguir:

Sim por ter aprovação da câmara municipal (CDS V, nº 01).

Não. O DS não está totalmente, em relação ao município não há essa informação sobre o trabalho do CDS (CDS V, nº 02).

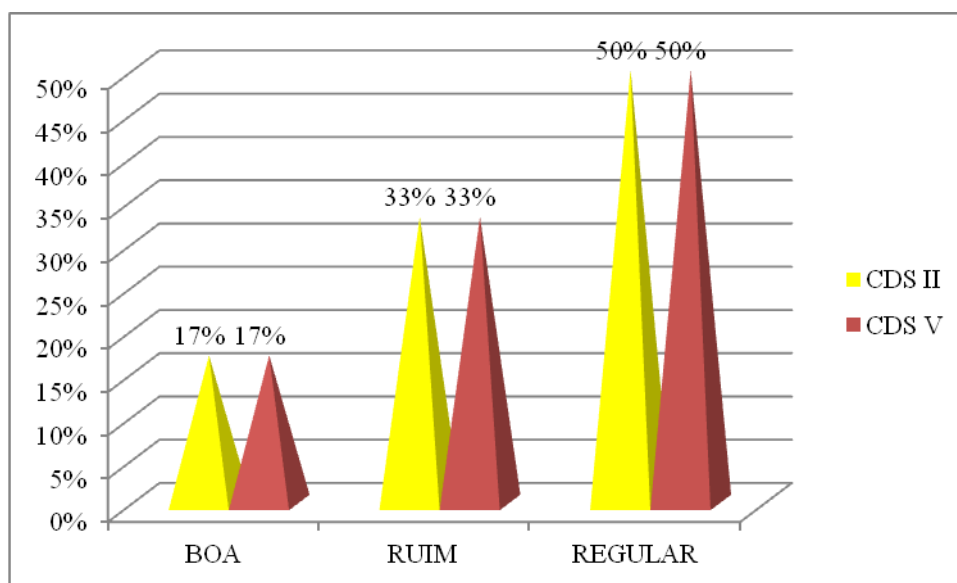
A população não sabe que existe (CDS V, nº 03).

Sim. Em muitos locais, mas há necessidade de divulgarmos mais a importância da participação que a comunidade exerce no controle social (CDS V, nº 04).

Em todas as afirmações supracitadas pelos sujeitos do CDS II e V afirmam a mesma definição: ausência de conhecimento amplo da existência do CDS tanto pelo município como pelo próprio distrito sanitário.

Nesta perspectiva podemos afirmar com base em Labra (2005) que geralmente os conselhos não são conhecidos pela população, com exceção dos municípios menores. A alternativa para esse desconhecimento é a ausência de utilização de meios como jornal, rádio, televisão e até a internet como mecanismo de divulgação das atividades e ações relacionadas às realidades da população.

O gráfico a seguir apresenta a visão dos sujeitos pesquisados sobre a relação da comunidade no espaço do CDS.

Gráfico nº 19- A participação da comunidade no CDS

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Como consequência ao que foi exposto no gráfico anterior sobre a participação da comunidade nos conselhos distritais de saúde pode refletir que a base dessa inexistência de cultura de participação e a ausência de proposições da comunidade na política de saúde ocasionam o esvaziamento e fragilização da democracia direta. O desconhecimento dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade do conselho se traduz e uma adesão escassa ou inexistente da comunidade e, portanto, em baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários (LABRA, 2005, p. 371).

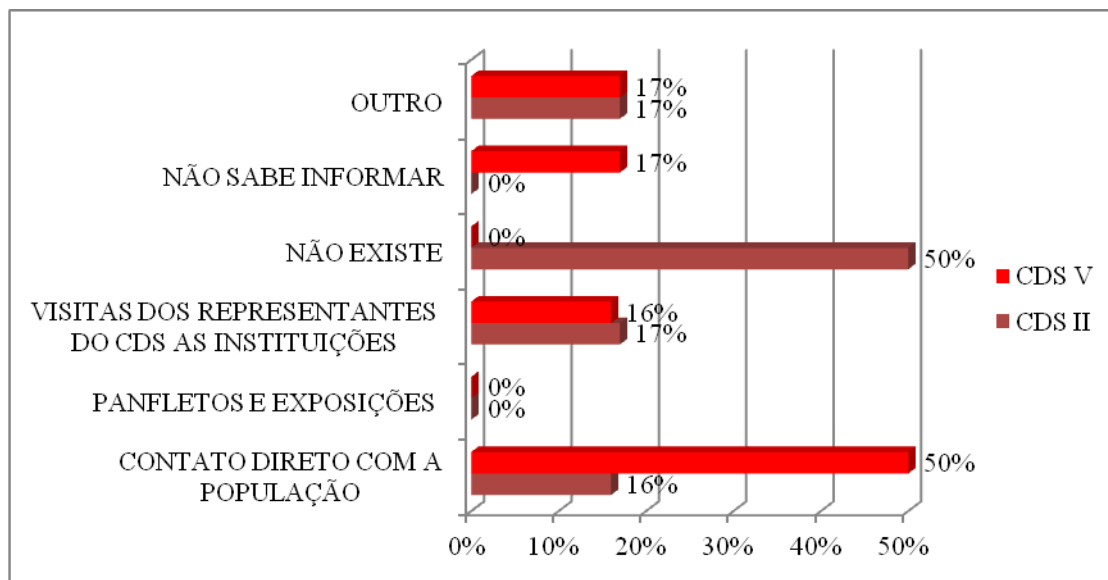
Dessa forma,

A participação de base, nem sempre aparente, alimenta os valores e as concepções em que estão fundadas as ações de determinada associação. A participação da comunidade interessada se torna a alma do processo, permitindo a integração autêntica que revela com fidelidade os problemas comuns, movendo a todos a compartilhar vitórias e derrotas. Enfim, a participação da base é a qualidade política que permite a construção associativa de baixo para cima, provendo apoio além da delegação (BEZERRA, ARAÚJO, 2009, p. 32).

O gráfico a seguir expressa diante das assertivas que apontam uma significativa ausência de relação direta da comunidade com o CDS, para a divulgação das reuniões não somente aos representantes, mas a comunidade. Os CDS estabeleceram agendas

para o ano inteiro. O CDs II realiza as reuniões na ultima terça do mês e o CDS V na última sexta do mês. Mesmo com os dias determinados são feitas ligações para confirmar presença e/ou justificar alguma modificação no dia ou local.

Gráfico n° 20- A divulgação das ações do conselho distrital de saúde



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Para o CDS II a maior porcentagem expressa que não existe divulgação das ações do CDS, e segundo uma parcela menor quando ocorre é por meio do contato direto com a população 16%, visita as instituições na área da saúde do território 17% ou como suscita os 17% de outras formas como expresso pela explanação a seguir:

A ata da reunião por vezes é divulgada com profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que realizam intermediação com equipes de saúde da família e essas repassam a comunidade em salas de espera ou conselhos locais de saúde (CDS II, nº 04).

A maioria dos sujeitos pesquisados do CDS V de acordo com o gráfico destaca que a divulgação das ações do CDS é por meio do contato direto com a população. Ainda existe a possibilidade de visitas dos representantes as instituições de saúde com 16% e em outros casos é possível identificar outras ações com esta finalidade como explana o sujeito pesquisado:

Através das reuniões de equipe (EF) e acolhimento dos usuários (CDS V, nº 01).

O CDS V apresentou uma alternativa viável quanto à divulgação das ações do conselho, pois esse elo com os usuários da política de saúde no município faz com que estes ao mesmo tempo conheçam a instância de controle social.

No entanto, o CDS II revela com grande maioria a ausência da socialização deste tipo de informação. E, quando ocorrida a socialização das informações do CDS através das atas para os profissionais de saúde com o objetivo de comunicar ao usuário que frequenta o serviço de saúde fica, contudo, duas questões: de que atas estão mencionando, se só foi possível fazer o resgate de duas com quase dois anos de existência do CDS II? E a segunda é quanto à dependência de que os profissionais da saúde tenham atitude em desenvolver essa iniciativa de qualificar as razões de existência e perspectiva do conselho distrital.

Atuar no CDS, como em qualquer outra instância de fomento a democracia deliberativa requer antes de qualquer coisa despir-se do véis de gestão, trabalhador na área de saúde e da ideia de usuário que somente acusa e fiscaliza. A atuação da sociedade civil organizada no CDS se destaca como mecanismo importante, pois estes representantes possibilitam levar as demandas discutidas em instituições, associações e demais áreas sobre as problemáticas enfrentadas nas políticas públicas ao centro do debate.

A visão dos sujeitos pesquisados quanto o nível de participação da sociedade civil organizada no sentido de deliberar no CDS foi a seguinte:

Para os sujeitos pesquisados do CDS II quando justificados que a sociedade civil organizada participa pouco revelaram as seguintes explicações, a saber:

Tem muitas associações na região, mas não tem incentivo por não ver soluções através do CDS (CDS II, nº 01).

Porque são acomodados (CDS II, nº 02).

Por falta de vontade de querer participar, de ajudar nas melhorias do distrito sanitário (CDS II, nº 03).

Para os representantes do CDS V desencadearam as seguintes justificativas:

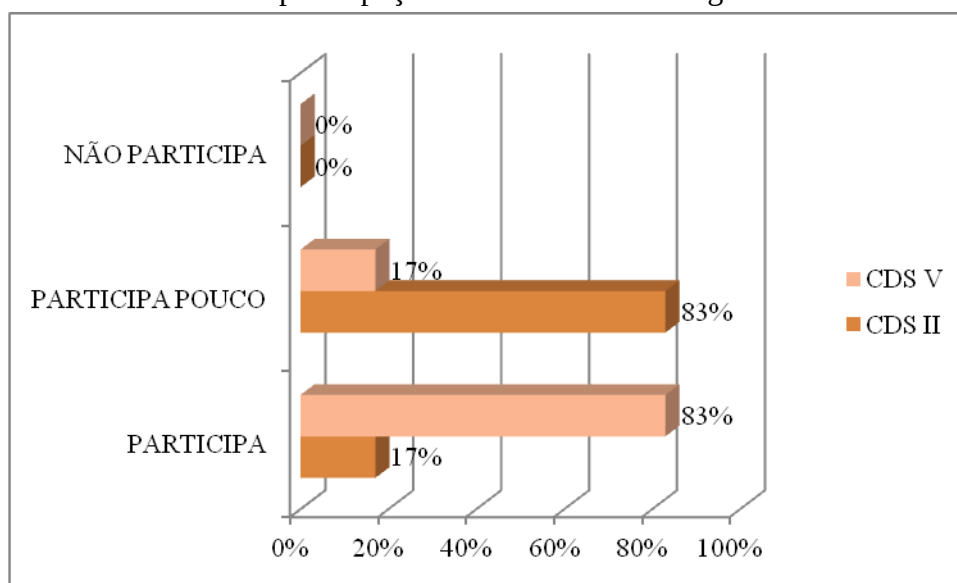
Participa como todos, mas nada é resolvido (CDS V, nº 03).

As pessoas ainda não estão acostumadas a reivindicarem os seus direitos. Aham mais interessante reclamarem e não participam da construção do processo (CDS V, nº 04).

Participa, no entanto falta capacitação para as mesmas entenderem seus papéis no conselho (CDS V, nº 06).

As expressões dos sujeitos são corroboradas com o percentual quantitativo do gráfico a seguir:

Gráfico nº 21- A participação da sociedade civil organizada no CDS



Pesquisa de campo CDS II e V 2013

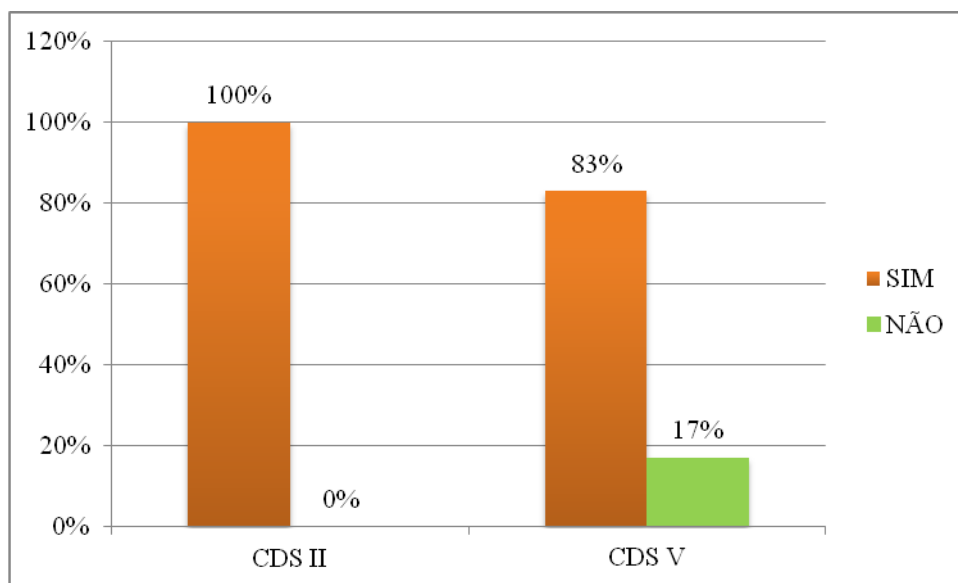
O CDS V comparado ao CDS II expressa com 83% que a sociedade civil organizada participa no CDS. Esse percentual reflete a importância da sociedade civil ao desempenho das deliberações no CDS V, que por sinal apresenta índices significativos de deliberação e controle social.

3.7. O processo de deliberação no CDS

A prática deliberativa requer do indivíduo a capacidade de argumentação interação e defesa da igualdade política. Para tanto, quando se reflete a realidade dos CDS existem questões na prática que merecem ser destacadas.

O conhecimento sobre a política pública a que se destina o conselho é um fator preponderante na prática deliberativa. O gráfico abaixo expõe a consideração dos conselheiros distritais sobre a consideração do conhecimento sobre a política de saúde para participar do conselho.

Gráfico nº 22- A importância do conhecimento sobre a política de saúde na deliberação



Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS II afirma totalmente que é importante conhecer a política de saúde como premissa de uma participação de qualidade no CDS. O CDS V expressa uma porcentagem de 63% favorável a esta questão. Mas, se o CDS V se destaca como conselho distrital mais representativo no sentido de deliberar é importante refletir sobre os argumentos levantados pelos sujeitos que não acreditam ser relevante conhecer a política de saúde.

Os sujeitos pesquisados do CDS II refletem as expressões abaixo:

Sim. Uma vez que esses conhecimentos subsidiam os conselheiros na escolha adequada dos pontos de pauta, bem como na tomada de decisões, visando o controle social e a luta democrática pelos direitos (CDS II, nº 04).

Porque ajuda nas discussões, nos argumentos (CDS II, nº 05).

Com conhecimento você tem condições de discutir demandas (CDS II, nº 06).

O CDS V compreende pelo seguinte ângulo:

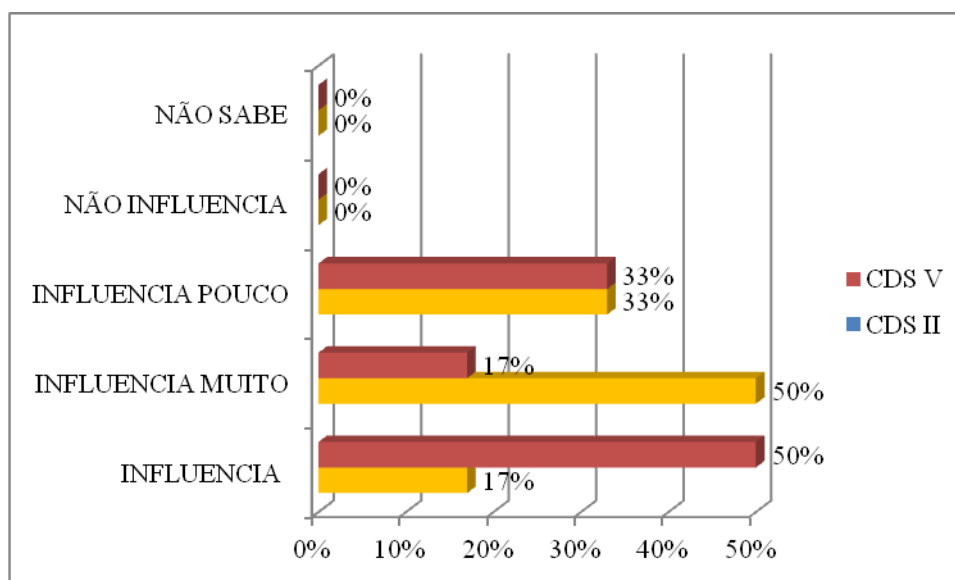
Através do conhecimento das políticas de saúde é que podemos embasar direitos e deveres dos cidadãos (CDS V, nº 04).

Certas informações que é preciso conhecer para poder cobrar por exe.: solicitei a construção de um PSF, pois o que tem no bairro ultrapassa a distância de 1.000 metros do usuário e o PSF como diz a lei (CDS V, nº 06). Devemos nos apresentar com elo de ligação comunidade- conselho (CDS V, nº 05).

A finalidade de deliberar se coloca pelos conselheiros distritais do CDS V que conhecer a política de saúde se trata de qualificação para debater sobre a política. Portanto, não conhecer a política de saúde não se condiciona como forma para deliberar e atuar no conselho. O laço de ligação que deve existir é entre a comunidade e o espaço participativo.

Propõe, portanto, que para participar não é necessário ser um profissional da saúde ou da gestão, e ter algum vínculo de formação na área da saúde. No entanto, os sujeitos que acreditam ser importante conhecer a política de saúde para atuar no conselho apresentam a possibilidade de reivindicar embasado no direito.

Sobre a capacidade de influenciar nas decisões os sujeitos afirmaram sua vivência enquanto direito de autonomia dentro do conselho distrital de saúde. A figura a seguir retrata esta experiência.

Gráfico nº 23- A capacidade de influenciar nas decisões do CDS

Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Nas reuniões cada representante fala em nome das demandas que necessitam de intervenção na comunidade. Todavia, um fato curioso é que a dinâmica se apresenta da seguinte forma para cada conselho com base nas observações: no CDS II o segmento usuário delibera sobre uma problemática no DS e a pessoa do segmento gestão ou trabalhador justifica de imediato sobre o fato. No CDS V o segmento usuário ou trabalhador apresenta as questões que merecem intervenção e o segmento gestão explica o motivo e já anuncia intervenção/encaminhamento.

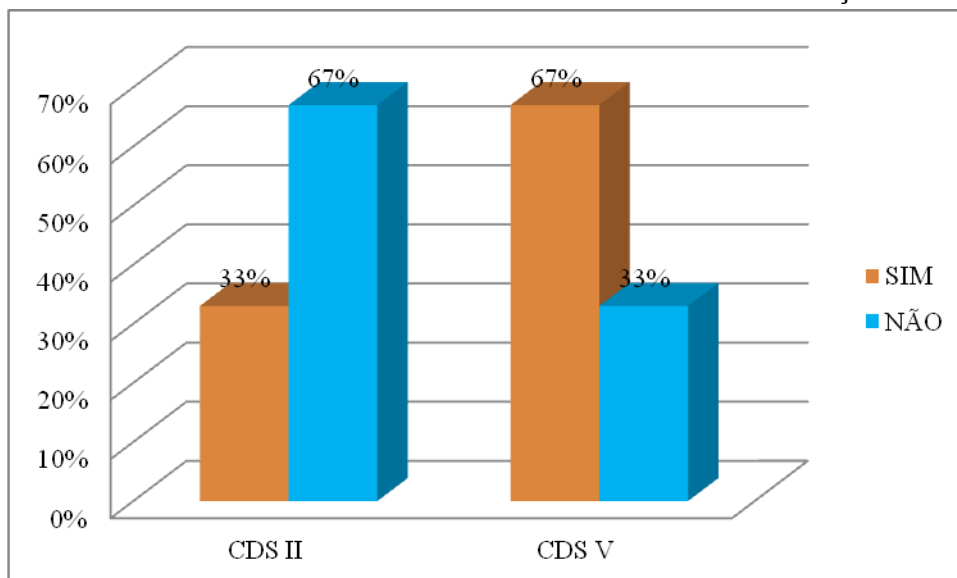
Isso determina a ótica de que a pessoa que representa a gestão e/ou segmento trabalhador serve como canal de conhecimento do determinado problema, para fins de cunho interventivo. Contudo, quando pensado na vitalidade e o avanço pela participação da comunidade no CDS a perspectiva é de que todos possuam autonomia e se relacionem como um conjunto de forças políticas para deliberar e encaminhar as demandas sem privilégios quanto à capacidade de atuar como protagonista político.

Enfim, o que se revela é o tripé nos CDS com a seguinte base de atuação: Usuário (agente fiscalizador e crítico por ações)-Trabalhador (agente que justifica possíveis ações)-Gestão (agente de escuta e argumentador sobre as críticas).

A participação como representante tem como pressuposto importante conhecer a história do espaço que estão inseridos. É por esta razão que foi questionado sobre o conhecimento da construção do Conselho Distrital de Saúde no município de João

Pessoa-PB tendo em vista sua breve, mas significativa existência na discussão da realidade da política pública de saúde dos distritos sanitários.

Gráfico nº 24- O conhecimento da história de construção do CDS



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Com base nos dados, o CDS V tem uma maior expressão de conhecimento sobre a história de construção e criação do CDS no município de João Pessoa-PB. Possuir conhecimento sobre os propósitos do espaço, da natureza e da importância para a política de saúde e a comunidade respectivamente, reflete na própria atuação como conselheiro. A seguir será expressa a justificativa dos 67% que afirmaram conhecer a história de construção do CDS:

Uma visão da gestão de parceria, ampliando a participação do usuário nas decisões através de sugestões e acompanhamento da construção das políticas públicas de saúde (CDS V, nº 01).

Em virtude da resposta ser mais imediata para o usuário (CDS V, nº 02).

Foi construído com a intenção de melhorar a saúde (CDS V, nº 03).

É relevante destacar que a resposta que foi dada não se objetivou ao caráter descritivo histórico, mas, delimitaram-se no objetivo da abertura do espaço. Por outro lado os sujeitos do CDS II que afirmaram não conhecer a história de construção da instância se expressam pelas seguintes questões:

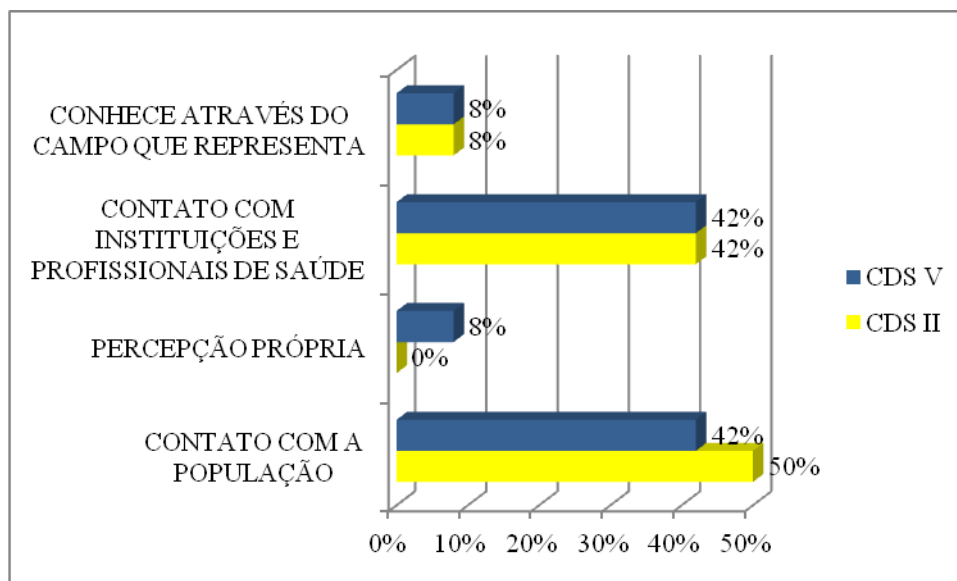
Por não ter conhecimento (CDS II, nº 02).

Porque fui indicada no momento que já havia nascido (CDS II, nº 03).

Os 67% sujeitos do CDS II que afirmaram não conhecer a história do CDS no município expressam ao mesmo tempo a ausência de buscar as raízes do processo em que se criou o espaço e principalmente a que se destina.

A função do Conselho Distrital de Saúde é possibilitar a população nos territórios o acompanhamento das ações de saúde e diagnóstico de melhorias na qualidade dos serviços. A política de saúde no território dos distritos faz parte da totalidade do município de João Pessoa-PB, portanto, ações e diagnósticos definidos nas plenárias dos CDS podem ser deliberados para outras realidades dos distritos sanitários, viabilizando através da participação de representantes e o público em geral a melhoria da prestação dos serviços e o acesso à promoção, prevenção e garantia de direitos da comunidade.

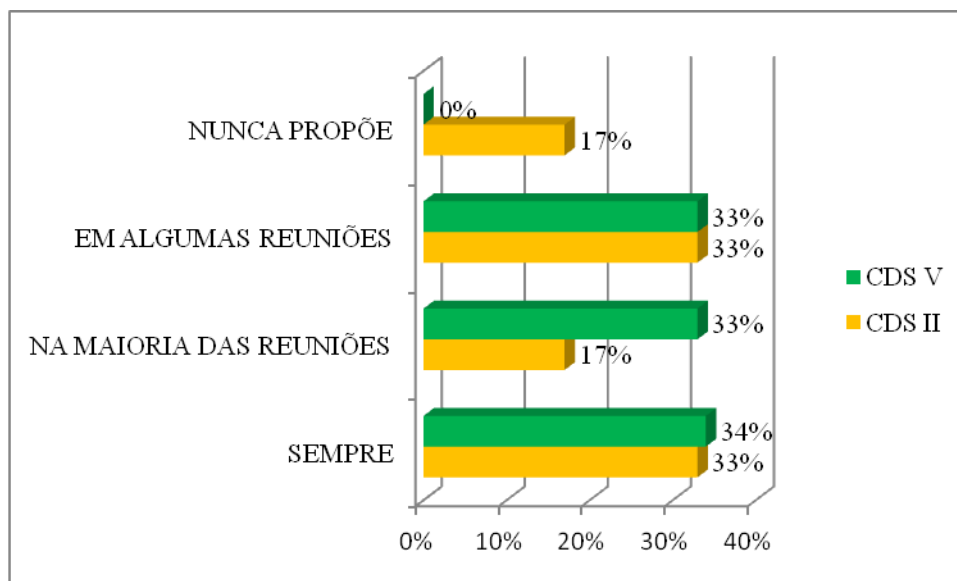
O conhecimento das demandas é adquirido pelos representantes de diversas formas. Na verdade, o ideal seria que a própria população fosse o canal de socialização dessas questões no âmbito das reuniões do conselho distrital. O representante por outro lado é quem realmente procura o conhecimento e diagnóstico das realidades que participa. O gráfico a seguir reflete os meios de conhecimento das demandas pelos representantes dos CDS.

Gráfico nº 25- O conhecimento das demandas no distrito sanitário

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Ambos os CDS afirmam conhecer as demandas através do contato com instituições e profissionais da saúde e a relação com a população. No entanto, a representação no seu sentido amplo gera certa inquietude pelo fato de se tornar cada vez mais tutelada. Ou seja, as plenárias mensais não possuem um público para além das próprias representações. O espaço institucionalizado provoca a ideia de que só os representantes têm por função estar presente para falar em nome da comunidade. Além do contato com a população, a própria coletividade deveria estar presente nos CDS.

As reuniões se destacam por apresentar o debate da agenda pública e principalmente à capacidade de cada representante dialogar com os demais conselheiros sobre as questões problemáticas e as possíveis ações de cunho interventivo. Portanto, os conselheiros quando questionados sobre a proposta de pauta no CDS afirmaram as seguintes questões abaixo:

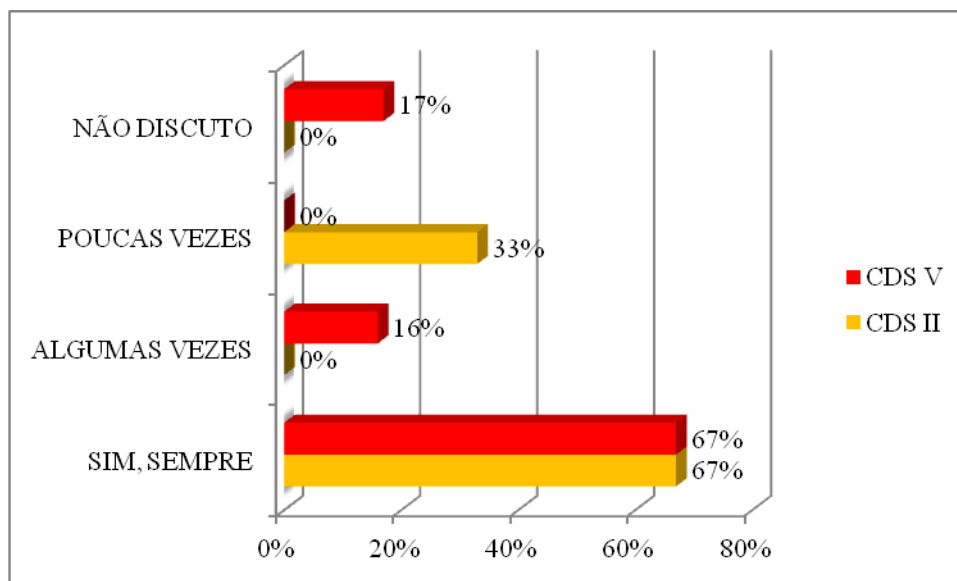
Gráfico nº 26- A frequência que propõe assuntos no CDS

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Os conselheiros do CDS V apresentam participar ativamente na proposta de pautas e assuntos relacionados ao distrito sanitário. O CDS II também apresenta propostas, todavia, tem um número significativo de representantes com 17% que nunca propõe pautas.

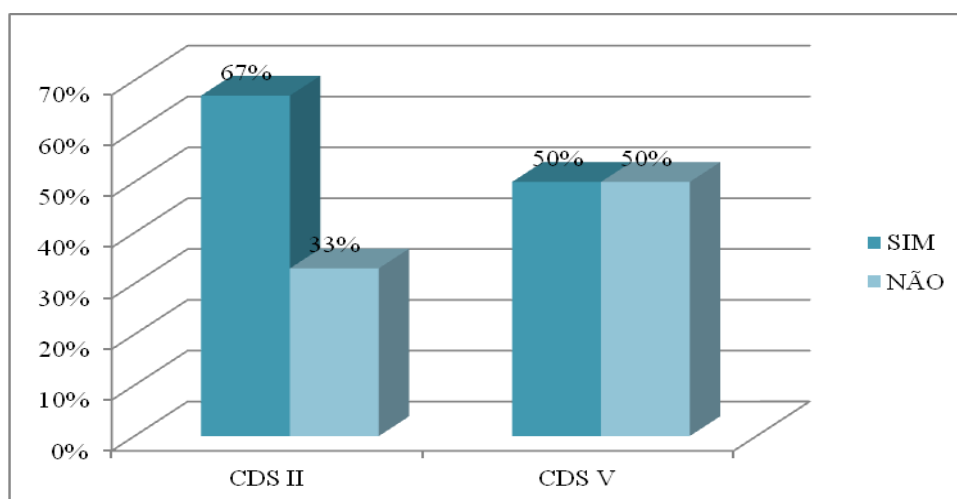
A observação é um mecanismo importante na pesquisa, é através da capacidade de apreender a rotina dos CDS, que se apresenta a possibilidade de perceber que no CDS II que nem todos propõem pautas nas reuniões e estes representantes nem sempre dialogam com os demais sobre as pautas sugeridas, já o CDS V vivencia reuniões instigantes, pois todos os presentes trazem questões para a discussão e participam das pautas que são socializadas.

Quanto à discussão dos pontos de pauta antes das reuniões o gráfico abaixo apresenta a realidade de como esses representantes vêm desenvolvendo seu papel de articulador na efetivação da política de saúde dos distritos sanitários.

Gráfico nº 27- A discussão dos pontos de pauta antes das reuniões com a população

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Os CDS II e V expressaram, em sua maioria, estarem sempre discutindo os pontos de pauta em momentos anteriores as reuniões seja por meio de debates e reuniões com a população. Todavia, quando questionados sobre o repasse das informações que foram deliberadas nas reuniões para os mesmos obteve-se o seguinte resultado a seguir.

Gráfico nº 28- A informação das deliberações para a população

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS II mesmo apresentando características de um espaço pouco representativo se destaca com grau positivo quanto ao repasse das informações das reuniões para a população. A forma como se efetiva essa ação é diagnosticada a seguir:

O espaço do conselho comunitário é um canal para se relacionar com os usuários (CDS II, nº 01).

Nas reuniões da associação e para as pessoas que estão reclamando de algo sem saber o que esta acontecendo (CDS II, nº 03).

Infelizmente, nem nas reuniões de equipe das unidades é divulgado, o que nos faz refletir sobre a necessidade de uma divulgação (CDS II, nº 05).

Os sujeitos pesquisados do CDS V expressam as seguintes explicações:

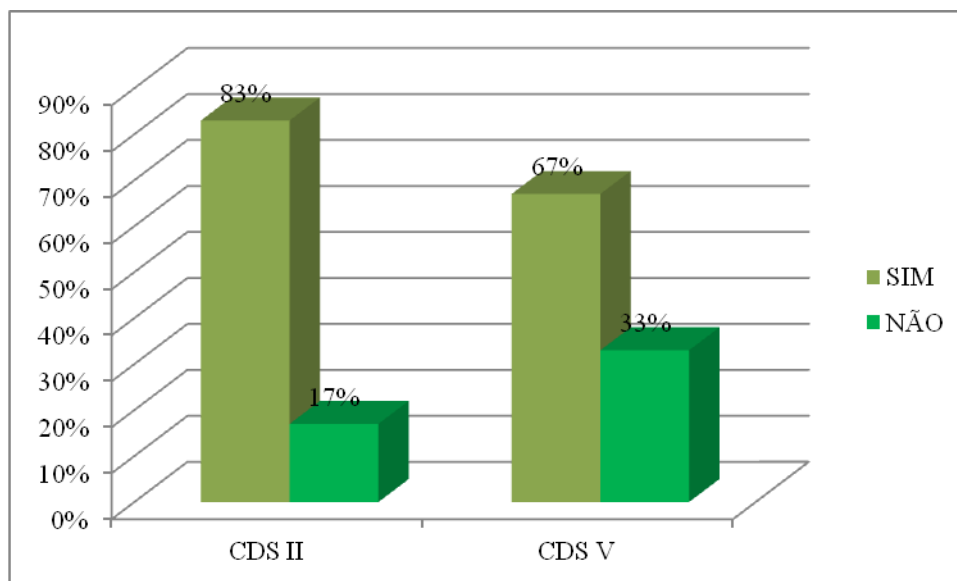
Através do repasse nas reuniões de equipe (CDS V, nº 01).

Porque não tem meios para este fim. Por exemplo: informativo mensal (panfletos) (CDS V, nº 02).

Não com muita frequência. Repasso as que mais interessam minha comunidade (CDS V, nº 05).

As associações e outros espaços comunitários são utilizados por estes representantes como mecanismo de socialização das deliberações no conselho distrital. Todavia, existem outras realidades que não apresentam o repasse das informações adquiridas no CDS. A possibilidade de informativo mensal diagnosticada pelo sujeito do CDS V abre a possibilidade de construir um informativo dos objetivos do espaço, as demandas solicitadas e os resultados adquiridos.

Estar no CDS requer além de atender as questões de documentação exigidas para a oficialização (anexo) seja em todos os segmentos, como ainda conhecer o regimento interno (anexo) desta instancia que dispõe sobre a composição, objetivos e competências das condições de organização e funcionamento. Neste sentido, o gráfico a seguir expressa a consideração dos sujeitos sobre o conhecimento do regimento do CDS.

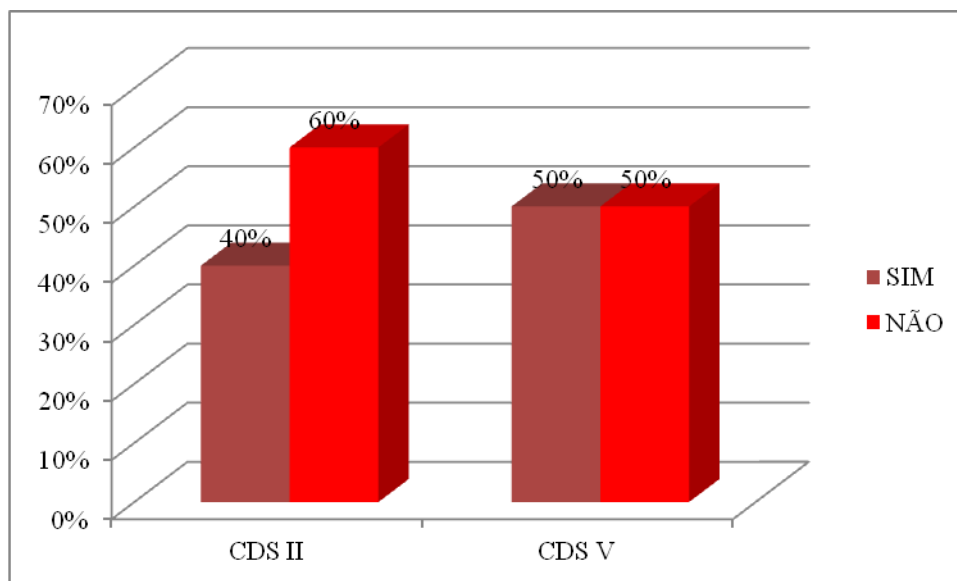
Gráfico n° 29- O conhecimento do regimento interno

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS V afirma através dos 67% conhecer o regimento interno e o CDS II através dos sujeitos pesquisados também afirmam ter conhecimento, todavia com uma maior porcentagem de 83%.

O regimento interno preconiza condições basilares para a atuação nas instâncias de participação dos distritos sanitários. No entanto, enfatiza-se a ideia de que, se para participar na posição de representante do segmento, o regimento coloca algumas questões que normatizam o funcionamento desta instância, então os usuários da política de saúde que não são representantes- mas com direito a voz na discussão da agenda pública- quando decidem estar na reunião sem qualquer conhecimento prévio do regimento interno, estão sujeitos a um patamar sem conhecimento.

O gráfico a seguir reflete sobre o conhecimento que os conselheiros consideram possuir sobre suas atribuições no CDS.

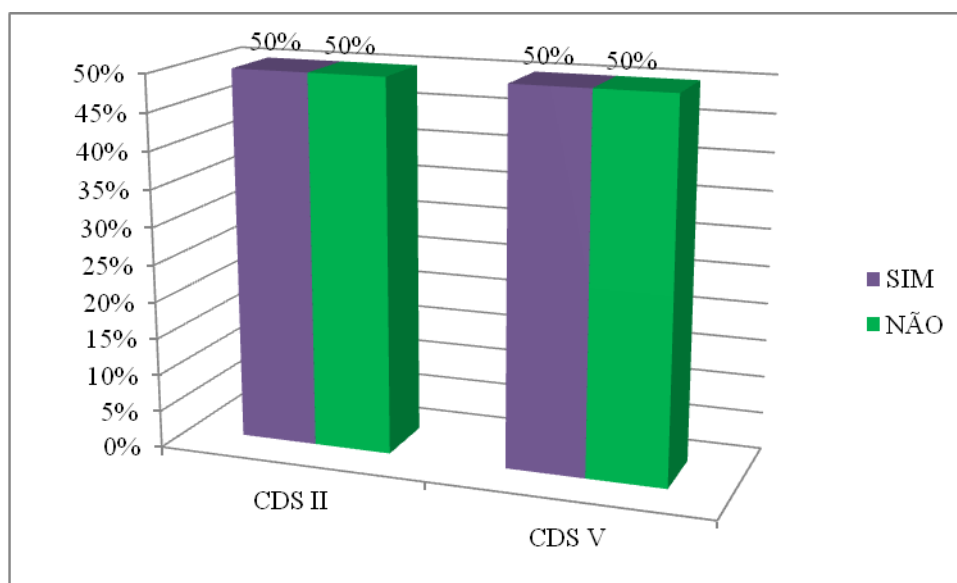
Gráfico nº 30- O conhecimento das atribuições do conselheiro distrital

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Contraditoriamente, no gráfico anterior (gráfico nº 18) o CDS II liderou quanto à afirmação de conhecer o regimento interno, no entanto, conhecer esse documento implica afirmar o conhecimento também das atribuições contidas na seção II em seu artigo 30º que dispõe sobre as atribuições dos conselheiros. Portanto, existe uma disparidade significativa da afirmação de conhecer o regimento interno com 83%, mas ao mesmo tempo não ter ciência das atribuições de conselheiro com 60%.

O CDS V não desencadeou tanta divergência nas informações dos respectivos gráficos (gráfico nº 18 e 19). Todavia, é importante atentar para uma maior amplitude de conhecer tanto o regimento interno, como as atribuições contidas na sua composição normativa.

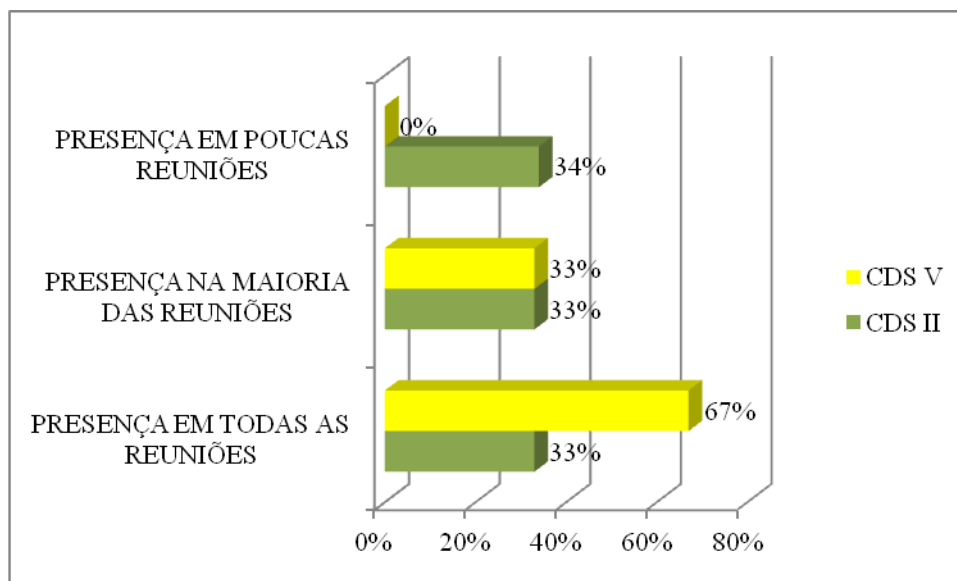
No capítulo III em seu art. 4º e Inciso IV é expresso que compete a esta instancia conhecer o plano de saúde municipal e sobre este discutir, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços. A seguir analisaremos a resposta dos representantes sobre esta incumbência.

Gráfico nº 31- O conhecimento sobre o plano de saúde municipal

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Os CDS II e V são semelhantes quanto à precisão em conhecer o plano de saúde do município. É importante destacar que no CDS II os que afirmaram conhecer o plano de saúde municipal se classificam em sua maioria do segmento trabalhador e gestão (1 usuário, 1 gestão e 1 trabalhador-sim). No CDS V o segmento usuário tem predominância quanto o conhecimento do plano de saúde municipal juntamente com o sujeito do segmento gestão, por outro lado o segmento trabalhador afirma não conhecer (2 usuários, 1 gestão-sim).

A presença física nas reuniões é importante. Isso se revela no interesse deste representante do conselho distrital não somente discutir sobre as pautas, mas também se reiterar do funcionamento desta instancia como também visualizar os resultados e/ou justificativas dos encaminhamentos desencadeados em outras plenárias. Com base no gráfico abaixo visualizaremos o grau de assiduidade nas reuniões mensais dos CDS II e V respectivamente.

Gráfico nº 32- A presença nas reuniões do CDS

Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS V apresenta índice relevante quanto à presença nas reuniões. A porcentagem para além do seu caráter quantitativo reflete uma presença assídua nas reuniões e principalmente fazer com que a reunião tenha caráter deliberativo sempre atendendo o quorum para este fim. Com base nas atas (tabela nº 7) o CDS V possui reuniões mensais com a presença de um número significativo dos representantes. Porém, é importante refletir que o representante perderá o mandato com 3 (três) faltas consecutivas ou 5 (cinco) alternadas, sem justificativas.

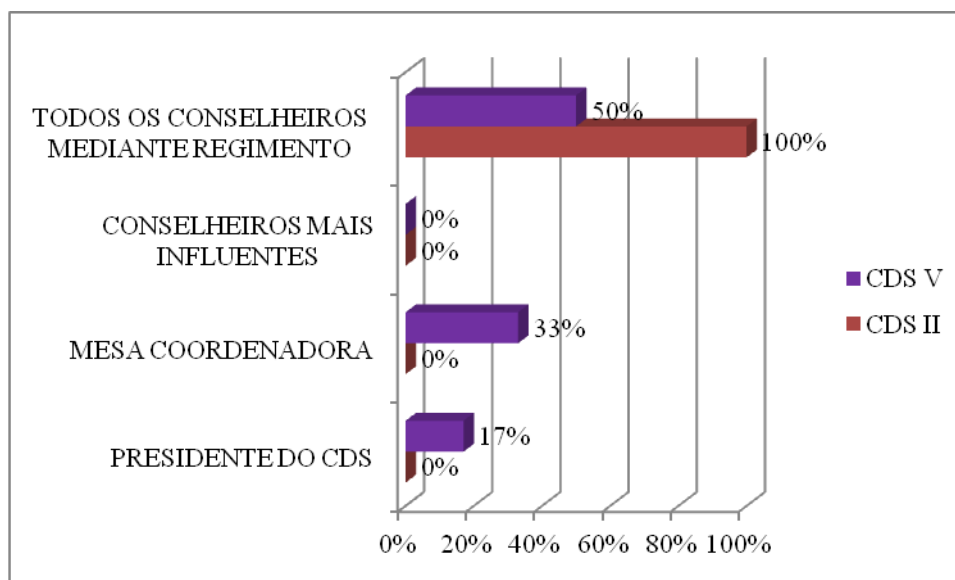
A função de conselheiro é voluntária e honorífica, não gerando direito a remuneração, garantindo sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, habilitações técnicas e ações específicas do CDS, conforme resolução 333/03 do CNS.

O regimento interno dispõe que os pontos de pauta devem ser entregues a secretaria do conselho com sua devida documentação no prazo de sete dias antes da reunião. Essas sugestões de pauta devem obedecer aos critérios de pertinência com as atribuições legais do conselho, relevância com as prioridades na política de saúde, tempestividade e precedência.

O gráfico a seguir contém a forma de articulação que os representantes designam quanto aos pontos de pauta nas reuniões mensais. A concepção a seguir se repõe, ainda,

a forma que estes conselheiros conhecem o regimento interno e a maneira como atuam frente à autonomia na efetivação da democracia deliberativa.

Gráfico nº 33- O estabelecimento dos pontos de pauta nas reuniões



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS V com base em atas e observação das plenárias se apresenta como instância representativa por apresentar-se como um espaço em que todos os representantes deliberam na perspectiva de melhorias para a política de saúde. Todavia, existe uma inversão quanto às normatizações do regimento interno e as respostas dos sujeitos pesquisados. O estabelecimento dos pontos de pauta deve ser designado por todos os conselheiros mediante o regimento interno.

Diante de todas as conclusões tecidas ao longo dos gráficos, é importante destacar a importância da formação técnica desses conselheiros. O curso de capacitação proporciona um arsenal de informações indispensáveis para o processo deliberativo nos conselhos distritais.

Pelo que consta, desde o período de criação dos CDS em 2011 veio ocorrer em 2013 à formação denominada “quali conselhos”. O Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde teve início em maio de 2013.

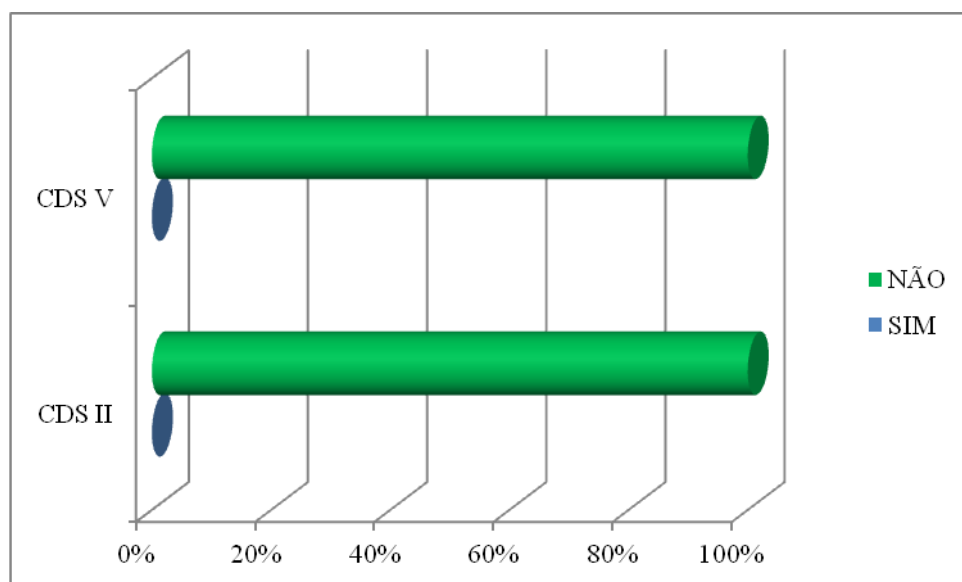
De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) o objetivo do curso é orientar a prática técnico-política dos conselhos de saúde no Brasil por meio da qualificação de seus conselheiros em temas como participação social e democracia,

gestão e financiamento, intersetorialidade e redes. Poderão se inscrever os conselheiros municipais e estaduais de saúde que estiverem no exercício de suas funções e forem indicados pelo respectivo conselho de saúde em que atuam.

O Curso apresenta momentos presenciais e a distância, é promovido pela Vice Direção de Cooperação e Escola de Governo (VDCEG) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, com o apoio da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública.

No momento da operacionalização da pesquisa de campo, estes representantes do CDS II e V já estavam inseridos no curso “quali conselhos”, todavia a pergunta referendada expressava sobre a existência de curso de qualificação “direcionado” ao CDS tendo em vista que por mais que suas condições basilares fomenta a democracia participativa, mas existem características peculiares do seu funcionamento assim como as demais instâncias de controle social. O gráfico a seguir expressa o que os sujeitos pesquisados desencadearam.

Gráfico nº 34- A existência do curso de capacitação para os conselheiros distritais



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

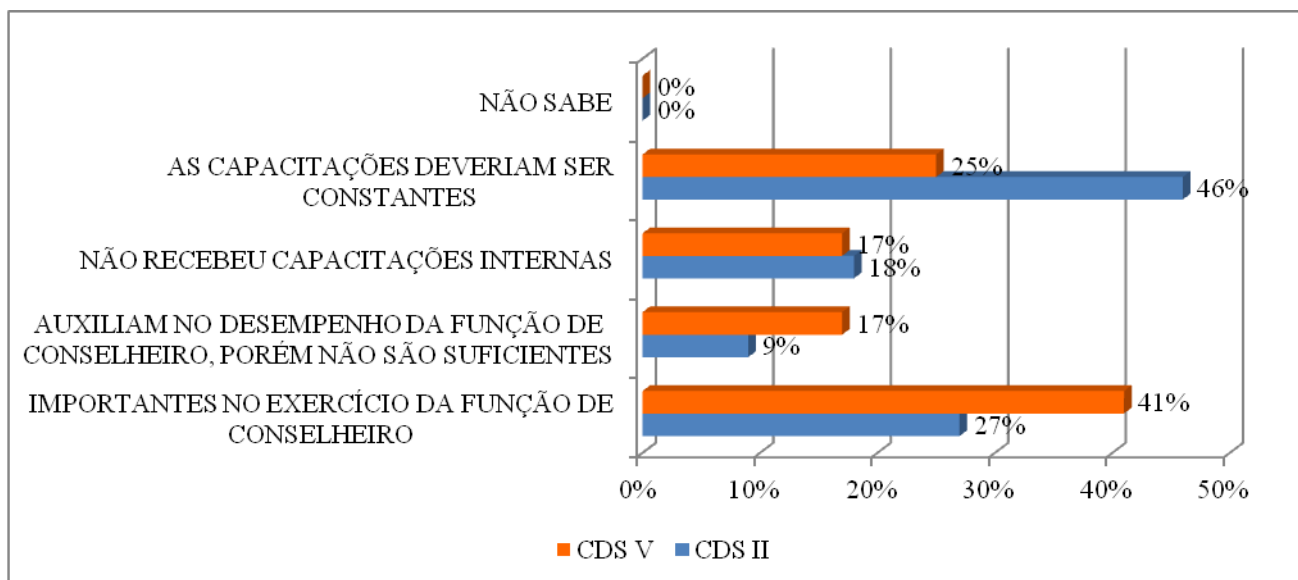
Neste sentido, ambos os CDS II e V afirmam sentir a necessidade de curso de qualificação direcionado a realidade do CDS tendo em vista sua expressiva maturidade temporal e institucional.

Ainda no que se refere à metodologia do quali conselhos, a informática como um dos métodos de capacitar esses conselheiros, é um fator que dificultam, pois por mais que existam tutores esses sujeitos sentem a necessidade de um procedimento acessível e que lhes tornem mais autônomos e que lhes estimule na aprendizagem. De acordo com uma conselheira pesquisada:

Eu nem vou mais porque não sei mexer no computador (CDS V, nº 03).

A existência das formações técnicas direcionadas aos CDS fomentam a perspectiva do controle social na agenda pública e tornam claras e amplas as possibilidades impostas pelo regimento interno sobre a atuação nesta instância. Conhecer a ótica do Conselho Distrital de Saúde significa abrir as possibilidades de atuação.

Gráfico nº 35- A importância de capacitação



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Ambos os CDS através dos sujeitos pesquisados apresentam variação nas respostas. Acreditam que as capacitações são importantes para a função de conselheiro, no entanto entendem que deveriam ser constantes. Afirmam, ainda não ter ocorrido

capacitação interna e que por mais que ocorra a qualificação técnica do quali conselhos não se apresenta suficiente.

Para Bezerra e Araújo (2009),

A capacitação e atualização que preparam os conselheiros para assumir seu papel é a ferramenta que pode atingir as carências identificadas: desconhecimento das normas do conselho; desconhecimento de sua condição de delegado e da importância da participação de base para o fortalecimento de sua participação; e inércia quanto à consulta e prestação de contas sobre sua atuação (p. 41).

As capacitações não se apresentam de forma regular e/ou suficiente por entender que a teoria da democracia deliberativa deve estar associada aos inúmeros mecanismos no âmbito dos espaços de participação. Os CDS como todas as outras instâncias que executam a democracia participativa dependem de uma rede para encaminhar e executar as ações na política de saúde dos distritos sanitários, o CDS em nível de distrito necessita de uma organização tanto no seu interior através da mesa coordenadora, como agilidade da gestão em deliberar sobre o que foi encaminhado.

Implica, portanto, a uma das questões mais desestimulantes nos CDS é a falta de resolutividade. O CDS II tem destaque significativo (67% dos sujeitos) quanto a este fator, as afirmações a seguir apresentam esta questão:

Levar os problemas e não serem resolvidos (CDS II, nº 03).

Falta de solução para os problemas que são deliberados. As deliberações deveriam ter retorno (CDS II, nº 01).

Resolver as demandas (CDS II, nº 06).

Poucos resultados [...] (CDS II, nº 02).

No CDS V apenas 17% dos sujeitos pesquisados diagnosticaram o fator da ausência de resolutividade.

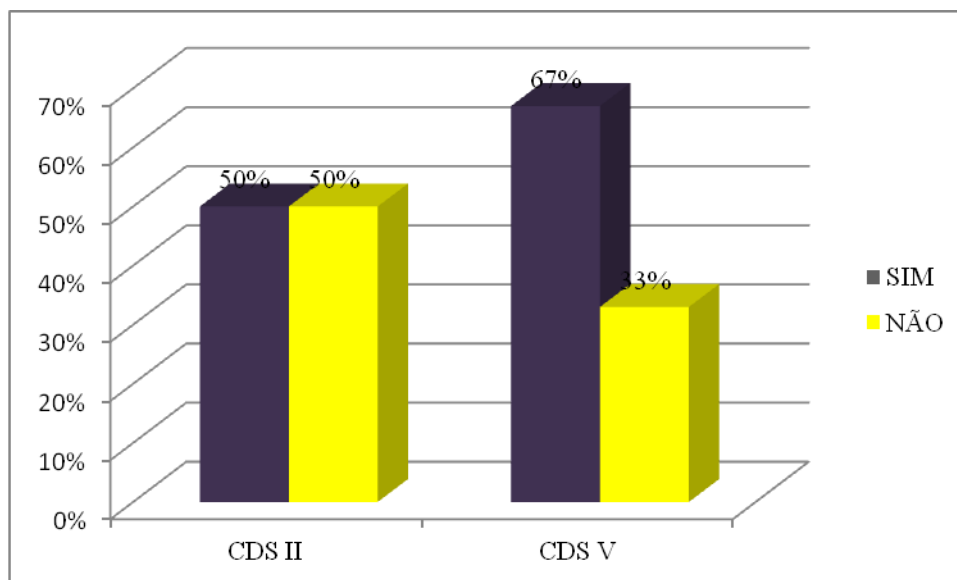
Falta de respostas efetivas para a comunidade (CDS V, nº 5).

O CDS II apresenta-se como instancia menos representativa conforme as categorias analisadas em atas. Uma das questões é a ausência de encaminhamentos e deliberações designadas nos documentos analisados. Neste sentido, a falta de

resolutividade decorre da própria ausência de encaminhar as demandas do território do distrito sanitário. As atas apontam para uma explicação formal durante a reunião trás de representantes do segmento gestão e/ou trabalhador sobre a problemática sem apresentar, na sua maioria, o encaminhamento da reunião. Com base nas atas analisadas, a reunião do CDS II expõe a deliberação dos conselheiros principalmente do segmento usuário (o agente fiscalizador), e logo após a explicação sobre a problemática abordada (pelo agente da gestão) sem desenvolver na maioria das vezes o encaminhamento.

Neste sentido, com base no questionamento sobre a existência de resultados das deliberações ocorridas no âmbito das plenárias, os sujeitos desencadearam as seguintes respostas no gráfico a seguir.

Gráfico nº 36- O resultado nas deliberações do CDS



Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Como já havia sido discutido o CDS V visualiza impactos decorrentes das deliberações no CDS, todavia, o CDS II apresenta uma realidade paralela entre a consideração ou não de resultados decorrentes das plenárias. As justificativas apresentadas podem explicitar melhor os dados.

No CDS II quando visualizados os impactos justificam da seguinte forma:

Trazer médicos faltosos nas unidades. Bebedouro para as unidades (CDS II, nº 01).

As pessoas que tiveram nas reuniões comentaram que houve avanços (CDS II, nº 02).

Dentista e melhor atendimento na unidade de saúde (CDS II, nº 03).

Contudo, os que diagnosticaram na ausência de impactos justificaram a seguinte compreensão:

Não vi nada ainda (CDS II, nº 04).

Pelo fato de a comunidade na sua grande maioria não ter sequer conhecimento do mesmo (CDS II, nº 05).

Não pelo fato do conselho ser novo (CDS II, nº 06).

As razões para a ausência de visualização de resultados é compreendida pelos sujeitos devido ao fato do CDS II existir há pouco tempo, e ainda não ser um espaço conhecido pela própria comunidade. No entanto a grande vitalidade na abertura do espaço como CDS e seu tempo de existência são significativos para o desenvolvimento de deliberações que permeiam a realidade do distrito sanitário no qual se encontra inserido.

Acreditar que o CDS fortalece a democracia participativa é exercer o protagonismo neste espaço visando materializar a teoria em meios práticos. Por outro lado, a ausência de resultados aos interesses dos usuários, e a demora a ser atendidos, resulta na diminuição e esvaziamento das reuniões pelo segmento usuário.

É importante ressaltar que quando afirmam ou negam resultados estão limitando ao público pelo qual representam. Os sujeitos pesquisados do CDS V apresentaram as seguintes justificativas sobre os impactos visualizados:

A USF encontra-se em reforma. A reforma da USF, a aquisição de mais um profissional médico para USF e a reforma do ginásio Pe. Hildo Bandeira (CDS V, nº 1).

A reforma do ginásio Pe. Hildo Bandeira. Mas não houve continuidade dessa discussão do CDS por parte da gestão (CDS V, nº 02).

Nas unidades de trabalho Santa Clara e São José, envolvendo na participação do controle social (CDS V, nº 04).

Foi atendido a solicitação de um profissional de saúde (médico). No entanto há uma grande deficiência em outras demandas que foram reivindicadas e não foram atendidas (CDS V, nº 06).

É possível perceber alguns avanços do ponto de vista de resultados adquiridos por meio da atividade desenvolvida no CDS. Todavia, o destaque é que mediante os resultados quanto a melhorias quanto a profissionais de saúde e reforma em determinado lugar, uma explanação se destacou com relação ao impacto baseado no controle social. No entanto, os 33% que afirmaram não ter visualizado resultados por meio da deliberação no CDS V justificam a seguir:

As demandas são discutidas no CDS e encaminhadas, mas nada é resolvido (CDS V, nº 03).

Não houve ações concretas (CDS V, nº 05).

A necessidade de resolutividade é de fato uma questão necessária ao exercício desenvolvido no CDS, principalmente como fator de permanência dos conselheiros no CDS, como estimulador para continuar as atividades. Devido não perceber a resolução das deliberações levadas às reuniões um sujeito desencadeia a seguinte reflexão:

Só participo porque não tem outra pessoa para estar representando a comunidade (CDS V, nº 03).

Diante deste contexto pode-se entender que: A percepção dos conselheiros é de que sua atuação tem um caráter meramente informativo e consultivo, mas muito pouco deliberativo (OLIVEIRA, 2003 *apud* JORGE; VENTURA, 2012). Ao mesmo tempo em que falta solução para as demandas levadas ao CDS é possível diagnosticar que este sujeito tanto se sente desmotivado em participar ativamente da dinâmica do CDS, como ainda entende que é importante ter alguém para representar a sua comunidade no CDS V.

O CDS II perpassa por uma ótica de dificuldades. Por mais que o CDS tenha um caráter novo e seja uma instância com um caminho a se trilhar para ganhar visibilidade, mas ainda não se prosperou para publicizar essa instância. Tanto existem ínfimos resultados, como os representantes não sentem autonomia do CDS para dar retorno às questões propostas. A organização do CDS II apresenta fragilidades e esse fator é também contribuinte para a ausência de agilidade nos encaminhamentos desencadeados nas reuniões. É significadamente visível a necessidade de organização no

funcionamento e agilidade no que se refere às deliberações. A análise a seguir possibilitará reflexões sobre a realidade do CDs II.

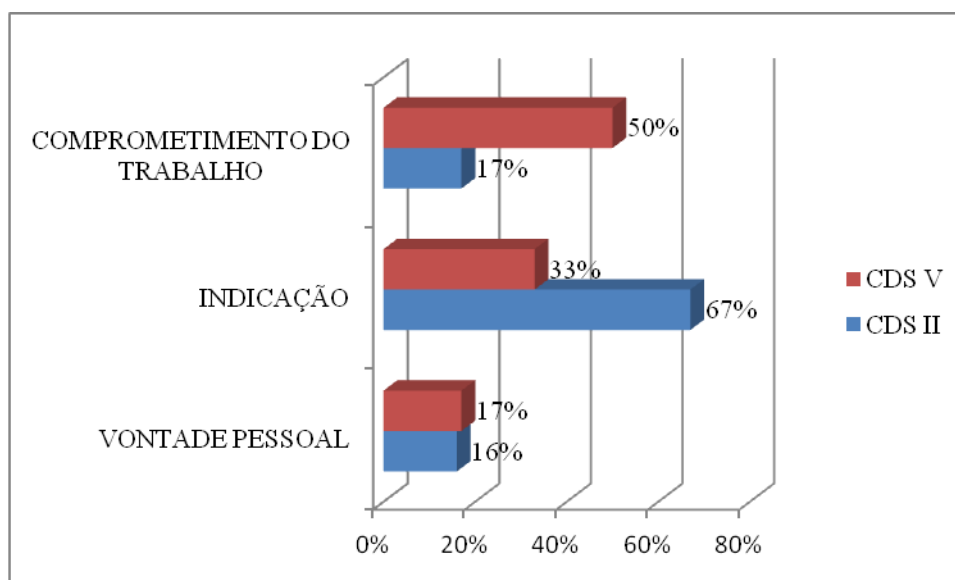
3.8. A representação como instrumento de participação no CDS

A luta e conquista de direitos no Brasil ganha destaque na cena democrática através dos movimentos sociais. Os movimentos sociais antes e durante a constituinte de 1988 e ainda no decorrer da década de 1990 favorecem o arsenal em torno da ampliação dos direitos de cidadania, mas principalmente ter direito a participação na gestão dessa conquista enquanto sociedade. Por este viés, a participação democrática é fruto da luta dos cidadãos.

Os Conselhos Distritais de Saúde (CDS) fazem parte deste arsenal de inovação institucional do que se convencionou a democracia participativa. Além da mudança na engenharia institucional ocorrida no Brasil nestes últimos tempos, as lutas apoiaram-se na mudança cultural tanto do Estado como da sociedade civil, em objetivar pela participação na construção e implementação desses direitos.

O sistema de cogestão tripartite institui nos espaços de participação institucionalizada um elenco de representantes da sociedade civil, trabalhadores e gestores das políticas sociais. Os CDS diante dessa hierarquia institucional possuem através de seus representantes distritais, cidadãos que designaram comprometimento em deliberar sobre a política de saúde e realizar a representação como exercício do controle social.

Os representantes dos CDS II e V quando questionados sobre os motivos que impulsionaram a participar dessa instância revelaram as seguintes afirmativas com base no gráfico abaixo:

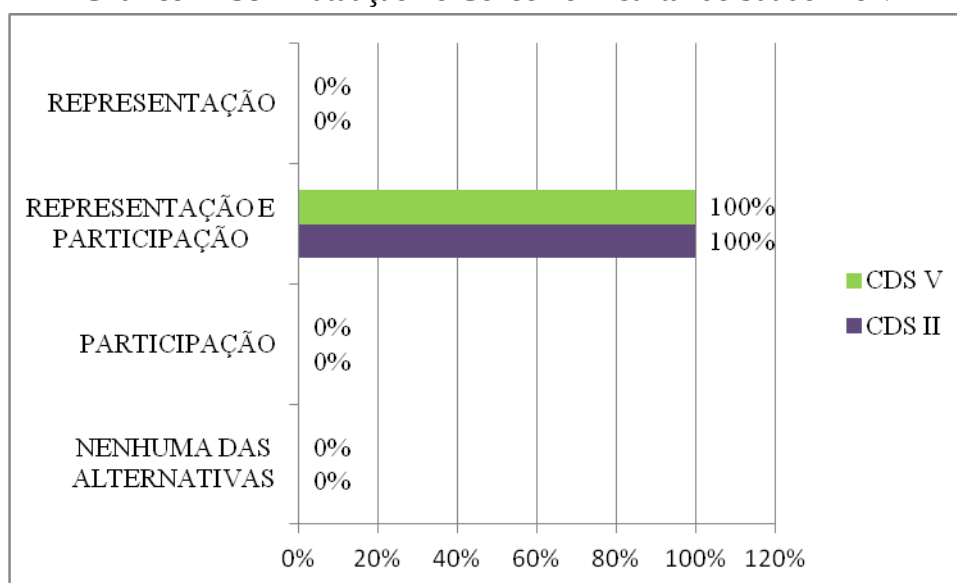
Gráfico nº 37- O motivo que impulsionou a participar do CDS

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O motivo que leva a participar como representante no CDS expressa inúmeras questões. No CDS II a indicação é o motivo de maior destaque pelos conselheiros. Esse percentual de 67% inclui os representantes do segmento gestão, trabalhador e usuário. A maior porcentagem do CDS V com relação ao motivo de participar é o comprometimento do trabalho. Os representantes dos CDS ainda afirmam participar do conselho distrital por vontade pessoal, sendo este um processo subsequente às eleições para conselheiro.

Neste sentido, o percentual de 50% relacionado ao CDS V que desencadearam a motivação em participar pelo comprometimento do trabalho significa: compromisso com a participação institucional como via de deliberação pública, acreditar nestes espaços e dialogar sobre demandas com os demais segmentos e ainda a possibilidade de adquirir impactos propositivos a serviço da política de saúde.

As atribuições do conselheiro distrital representam competências e ações a serem exercidas. Conforme a literatura o ato de participar e representar apresenta-se de forma complementar na prática deliberativa. Por este viés, o gráfico a seguir expressa a consideração dos sujeitos do CDS II e V quanto à classificação da respectiva atuação no conselho distrital de saúde do município de João Pessoa- PB.

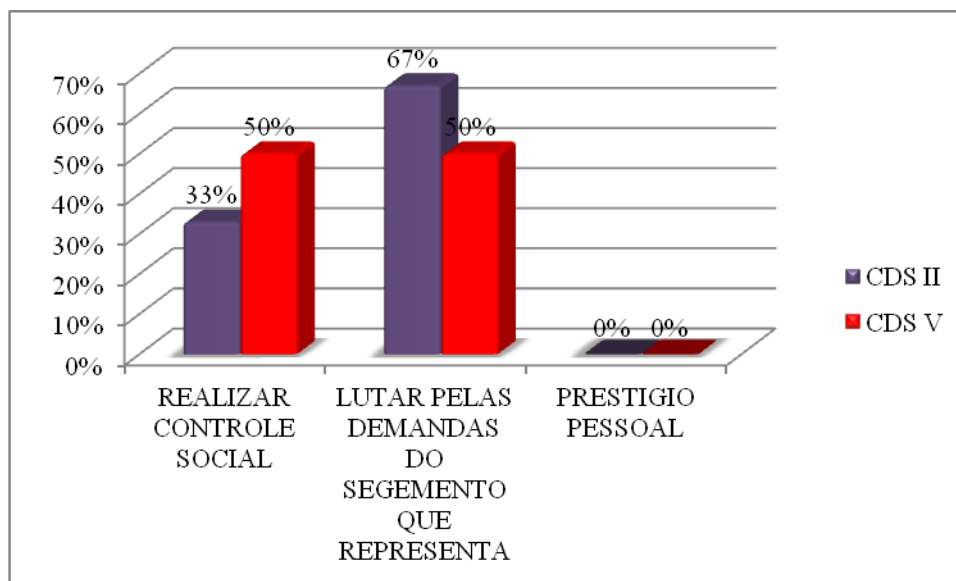
Gráfico nº 38- A atuação no Conselho Distrital de Saúde II e V

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Com base no exposto todos os sujeitos pesquisados, por unanimidade, ressaltam que sua atuação no Conselho Distrital de Saúde associa participação e representação. O ato de representar e participar concomitantemente assimila a ideia de se colocar como sujeito falante, deliberar sobre questões coletivas e valores comuns.

A representação é uma nomenclatura que sugere inúmeros modelos, seja este por delegação, por mandato entre outros, e ainda assim não da conta da imensidade em que se realiza a representatividade. De modo geral o ato de representar em favor de um todo não é uma tarefa fácil e requer experiência e desempenho (LABRA, 2005).

A prática da representação subsumida ao ato da participação significa que o exercício dos conselheiros deve pautar-se por um constante exercício de coletividade com os demais conselheiros presentes nas reuniões. Quando refletida a importância de participar do CDS os sujeitos responderam com base nas alternativas as seguintes questões a seguir.

Gráfico nº 39- A importância de participar no CDS

Pesquisa de campo CDS II e V 2013

O CDS V destaca maior porcentagem nas respostas quanto à relevância da atuação no CDS basear-se na efetivação do controle social, ou seja, trata-se de uma ótica ampla do sentido que estes sujeitos empregam a instância de discussão da política de saúde e de sua atuação frente a esta realidade. No entanto, o CDS II sobressai com 67% em lutar pelo segmento e pelas demandas dessa natureza. Se afirmar que participar e representar envolve de forma limitada além das questões peculiares de cada região que pertence ao distrito sanitário uma prática setorializada isso se expressa como contra corrente a ótica do conselho distrital.

Neste sentido, é possível perceber mesmo que em proporções distintas que a importância de estar na posição de representante para os conselheiros distritais ainda se norteia por prerrogativas que individualizam a concepção ampla de representação associada à participação. Com base nas justificativas abaixo podemos visualizar estes pontos:

“Porque estou representando meu povo e isso é bom” (CDS II, nº 3).

“Não só por representar meu segmento, mas por tentar fomentar a participação social na saúde” (CDS II, nº 4).

“Porque leva-se ao conselho os anseios da comunidade” (CDS II, nº1).

A importância de ser representante na expressão dos sujeitos do CDS II por um lado reflete uma concepção ampla de participação social, por outro se dirige a participação referente às demandas do segmento paritário. Os conselheiros do CDS II apresentam as explicações sinalizando a representação como canal de deliberação em nome da comunidade, que por sinal não está presente no espaço (gráfico nº 38), e ainda como mecanismo que designa a ação voltada ao “seu povo”.

Os sujeitos do CDS V quando questionados sobre o papel de representante e sua devida importância afirmaram as seguintes questões:

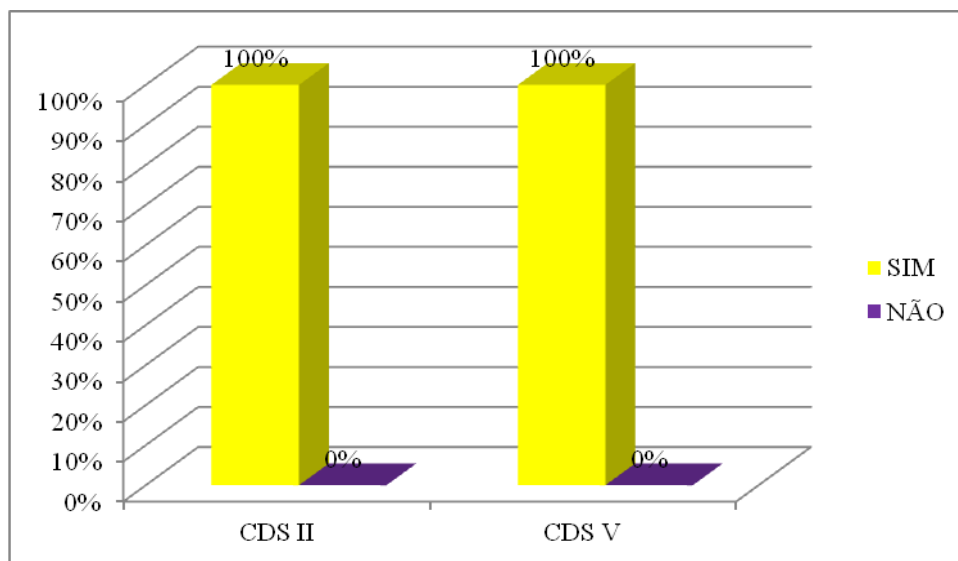
Porque fortalece cada vez mais a participação da comunidade e as demandas acompanhadas e cobradas a gestão (CDSV, nº 2).

Sim. Necessitamos, diante da lei, ter todos os níveis de representação (segmentos) presentes nas articulações para efetivação do controle social (CDS V, nº 4).

Estou lutando pela minha comunidade (CDS V, nº 6).

É importante, portanto, destacar que comparado às expressões do CDS II, os sujeitos do CDS V também apresentam a representação limitada ao caráter paritário na ação do conselho. A circunscrição em deliberar e se interessar pela “sua” comunidade é um dos pressupostos mais visíveis no processo deliberativo dos CDS.

O fato peculiar é que enquanto utopia e direcionamento consideram-se de acordo com o gráfico abaixo o papel do conselheiro no âmbito desses espaços como pressuposto ao fortalecimento da democracia.

Gráfico nº 40- O papel do conselheiro distrital no fortalecimento da democracia

Fonte: Pesquisa de campo CDS II e V 2013

Ainda diante de contradições no que se refere ao significado e ação de participar, estes sujeitos acreditam por unanimidade estarem favorecendo ao fortalecimento da democracia. De fato, ações dessa natureza, embora sejam embasadas por concepções que mistificam a democracia participativa favorecem de alguma forma a associação da participação ao controle social. A seguir analisaremos a justificativa do papel do conselheiro ao fortalecimento da democracia.

Levando os problemas existentes para possíveis soluções (CDS II, nº 01).

Todas as vezes que eu uso a democracia estou sendo útil a população e mostrado os direitos e deveres (CDS II, nº 02).

Porque esta sempre presente nas reuniões levando para a comunidade o que aprende no conselho (CDS II, nº 03).

E não só por fazer parte de um CDS, mas por ter postura ética favorecedora da democracia em todos os espaços que perpasso (CDS II, nº 04).

Naquele espaço antes de ser representante de algum órgão, o conselheiro se vê como cidadão, expondo seu ponto de vista nos mais diversos aspectos (CDS II, nº 05).

Encaminhando demandas (CDS II, nº 06).

As falas possibilitam uma compreensão diversa da associação conselheiro e democracia. Muitos associam estar no papel de representante nesta instancia ao

propósito de tornar pública a demanda da população com perspectiva de solucioná-la. Já em outro caso o fato de estar presente nas reuniões e entender a dinâmica significa fortalecer a democracia. Ainda é possível diagnosticar a ideia de mostrar-se como exemplo para a comunidade e considerar-se “útil para a população” por estar no conselho distrital.

O discurso que mais expressou uma postura ampliada refere-se à ideia de conselheiro com raízes fincadas no caráter de cidadania. Estar na postura de representante requer principalmente dos sujeitos à perspectiva de dialogar sobre os fatos de conhecimento próprio, mas principalmente deliberar sobre aspectos direcionados tanto a sua realidade como da coletividade (valores comuns).

Diante do exposto, os sujeitos do CDS II assemelham o seu respectivo papel como conselheiro e o fortalecimento da democracia baseando-se no aspecto prático de atuação. A seguir analisaremos com base na expressão dos sujeitos do CDS V o que estes entendem pelo papel de conselheiro e o fortalecimento da democracia.

Participando, sugerindo e ajudando a construção do SUS (CDS V, nº 01).

Porque a participação e o envolvimento com os usuários do SUS, faz com que você possa desenvolver um trabalho mais atuante (CDS V, nº 02).

Porque nós somos cidadãos e temos o direito de lutar pela democracia (CDS V, nº 03).

Participando em todos os segmentos (CDS V, nº 04).

Me dispondo a estar presente (representando minha comunidade neste espaço) (CDS V, nº 05).

Porque só assim, tenho voz para reivindicar algo de bom para minha comunidade do meu bairro (CDS V, nº 06).

Através dos relatos do CDS V pode-se refletir sobre um arsenal de questões. Se por um lado, uma minoria associa ser conselheiro e fortalecer a democracia ao fato de estar “presente” no sentido de assiduidade e disponibilidade, ou ainda entender a oportunidade de democratizar e possuir voz por ocupar o posto de representante, por outro lado, a significativa maioria dos sujeitos expressaram desde a importância de construção do SUS, o que de fato é muito importante perceber que o SUS constitucional de acesso a direitos encontra-se em “edificação”, como ainda “lutar” pela democracia, como processo de constante defesa pela sua efetivação e para isso tanto é preciso fomentar a militância política em torno do processo deliberativo.

Ainda é possível diagnosticar na expressão dos sujeitos a importância da atuação no CDS com o apoio da comunidade. Os usuários da política pública possibilitam através da utilização dos serviços e demais políticas de saúde uma compreensão real dos obstáculos ao acesso das ações e consequentemente uma visão propositiva a deliberação nos CDS. É, portanto, de acordo com o exposto pelos sujeitos necessário para uma posição mais atuante do representante no CDS o apoio da comunidade. Além disso, participar enquanto CDS juntamente com todos os segmentos. O CDS possui esse caráter diversificado de representantes para servir como canal de várias proposições e conhecimento de realidades heterogêneas, no entanto, é importante o engajamento de todos na discussão das pautas seja de qualquer segmento paritário.

3.9. A representatividade no CDS

O objetivo da pesquisa é o destaque do conselho distrital com “mais” e “menos” representatividade na postura dos conselheiros e consequentemente na atuação da comunidade como suporte. O entorno organizacional do CDS serão também um dos pontos citados através dos dados e o nível de demandas discutidas *versus* o destaque nas situações e demandas da política de saúde da região em evidência.

A justificativa para apresentar o CDS mais representativo e menos representativo se revela por meio do desenvolvimento e/ou insuficiência de algumas categorias como descrito anteriormente na análise de DEMO (1993 *apud* BEZERRA; ARAÚJO, 2009), a saber: representatividade, legitimidade, participação de base e autorresponsabilização. Neste sentido, é importante acompanhar o processo de participação nas reuniões, assiduidade, e principalmente a deliberação em torno da política de saúde do distrito sanitário. A capacidade desses conselheiros em discutir as demandas de saúde nesses espaços, manifesta a responsabilidade e protagonismo atribuído ao seu papel.

A representação por outro lado está sujeita a alguns riscos principalmente quando se reflete a relação: representante e representado. Estes cidadãos como responsáveis em discutir as situações das regiões necessitam da interlocução prévia e simultânea com a comunidade – melhor ainda a participação ativa de ambas as esferas

nas reuniões do CDS – para que seja possível atuar frente às discussões coletivas e socializar os resultados da discussão nas plenárias.

A tarefa em definir – com base nas deliberações descritas – sobre o Conselho Distrital de Saúde do município de João Pessoa-PB que apresenta maior representatividade e menor representatividade teve como subsídio reflexões e análises ao processo de democracia deliberativa e o contraponto aos desafios, limites e potencialidades dos espaços de participação na contemporaneidade. Neste sentido, o CDS V reflete em suas deliberações e também através da observação das reuniões um caráter propiciador ao processo representativo. Quanto à análise do CDS menos representativo trata-se de uma tarefa fecunda, pois são visíveis as fragilidades na maioria desses conselhos em termos de representação, organização e fragilidade na discussão sobre a política de saúde dos territórios correspondentes.

De acordo com documentações específicas, o CDS III apresentou menor índice de discussão, deliberação e representatividade por parte de seus conselheiros. As reuniões desse espaço não adquiriram um compromisso mensal e apresentou particularidades adversas no que se referem as perspectiva de controle social propostas pelo projeto “Participa SUS”.

No decorrer de 2011 e 2013 foram realizadas tentativas de aproximação e acompanhamento das reuniões e resgate de documentações que comprovassem sua efetividade em termos de funcionamento, todavia foi constatado a ausência de encontros dos conselheiros, baixa representatividade e nenhum impacto na discussão da política de saúde do distrito sanitário. É fato contraditório, pois o distrito sanitário III é o de maior abrangência na cidade de João Pessoa- PB e tem históricos importantes de militância da participação popular comparado a outras regiões no município.

Ao refletir sobre as constatações propostas foi realizado o contato com a mesa coordenadora destas instancias – CDS III e V – para que fossem repassados os contatos (telefone e e-mail) dos conselheiros titulares na perspectiva de realização da pesquisa de campo por meio da aplicação de um formulário semiestruturado. O CDS V manteve sempre retorno as solicitações realizadas, todavia o CDS III em decorrência de estar com suas atividades enfraquecidas e sem atuação desde o segundo semestre de 2012 não teve possibilidade de enviar os nomes dos conselheiros a serem pesquisados. A ressalva feita pela mesa coordenadora e o NAGEP foi que devido ao fato de estarem reativando

suas atividades estaria ocorrendo – com base no regimento interno – a modificação das representações paritárias em virtudes do abandono das representações.

O motivo da mudança de titularidades e seus respectivos suplentes se revelam pela desistência das organizações que representam os segmentos paritários dessas instancias. Ou seja, o caráter articulado que visa compartilhar e integrar conhecimentos e experiências no processo de deliberação e representação dos CDS apresenta inversamente na fragilidade sobre a discussão da realidade do distrito sanitário e, por conseguinte na implementação da política de saúde do distrito. Portanto, com condição informada de esperar constituir novas representações ao especo não existe a possibilidade de realizar uma pesquisa de campo com novos sujeitos que irão ocupar o conselho e que não tiveram uma vivencia constante desde seu início até o presente momento.

A rotatividade dos conselheiros é um fator bastante presente nos CDS e esse fato apresenta características de uma constante reavaliação e mobilização de conselheiros. As razões que impulsionam esse fato merecem ser discutidas no decorrer do estudo de campo.

Foi necessário, portanto elencar um novo conselho distrital com características de baixa representatividade. Feitas estas considerações, dentre os CDS I, II e IV os respectivos apresentam também níveis de baixa representatividade, no entanto, o CDS que apresenta significativos indícios de menor representatividade em termos de deliberações, dinâmica de funcionamento e finalidades que se distanciam do real precursor do que vem expor o projeto destinado a estes espaços foi o CDS II.

Conforme descrição realizada anteriormente, classifica-se que o CDS IV é outro espaço que não apresentou níveis de representação. Todavia, sua composição encontra-se em modificação nas representações.

O CDS I por mais que tenha relativa quantidade de documentações e tentativas de reformular as fragilidades encontradas em termos de participação nesses espaços não atuam com a preposição de deliberar sobre questões de saúde. Até o presente mês de maio – através de atas – deliberou-se somente questões de organização e planejamento do espaço.

Um fato importante a ser destacado é que a denominação/constatação em “mais” e “menos” representativo não deve pautar-se unicamente por questões de quorum, este fato soma-se a necessidade de deliberação sobre a realidade da política de saúde do

município. Uma coisa é o CDS estar funcionando com reuniões mensais, mas não apresentar qualitativamente posturas por parte dos conselheiros que apresentem a necessidade dos usuários da saúde e principalmente sua autonomia no espaço.

3.10. Os limites, desafios e possibilidades do CDS: um confronto entre o modelo deliberativo e a prática vivenciada

Quando questionados sobre as dificuldades e desafios enquanto CDS e representantes de segmentos paritários nesta instância os sujeitos pesquisados desencadearam fatores significativos, a saber:

Falta de solução para os problemas que são deliberados; Falta de local próprio e adequado; As deliberações deveriam ter retorno, explicação; Falta de autonomia do próprio conselho distrital; Necessidade de deliberação junto a secretaria (CDS II, nº 01).

Poucos resultados e muito bloqueio da gestão no CDS (CDS II, nº 02).

O CMS não esta junto do CDS e virse-versa; Conselheiros não participam muito das reuniões (falar, deliberar e assiduidade) (CDS II, nº 03).

Pouco engajamento/ comprometimento dos conselheiros e frágil conhecimento por parte dos conselheiros dos objetivos, funções do CDS (CDS II, nº 04).

Um dos principais entraves diz respeito a falta de divulgação do CDS, isso poderia fortalecer na tomada de decisões, uma vez que a participação social seria fato decisivo; outra questão que dificulta é a falta de interação entre o CDs e o CMS. Acredito que a interação entre os conselhos fortaleceria e estimularia o CDS, tendo em vista que o CMS tem muito mais experiência, podendo repassar fatores importantes, incentivando dessa forma o conselho distrital (CDS II, nº 05).

Resolver as demandas (CDS II, nº 06).

Os conselheiros que fazem parte do CDS V também refletiram sobre esta questão como veremos nas explanações abaixo:

Capacitação distrital dos conselheiros; Intersetorialidade entre os conselhos distritais (CDS V, nº 01).

Estrutura adequada e própria para seu funcionamento; Capacitação sempre; Desvincular a ideia de partidarismo; Deliberativo; Regularização do CDS (CDS V, nº 02).

Poucas pessoas no espaço poderia ser algo mais aberto; Capacitação quali conselhos com informática excluindo o acesso; Avisar da reunião com antecedência (CDS V, nº 03).

Na realidade a maior dificuldade encontrada é fazer entender por todos os segmentos que esse é um espaço rico, de propostas para as políticas satisfatórias que atendam as necessidades de todos (CDS V, nº 04).

Afirmação; Respostas efetivas para a comunidade (CDS V, nº 05).

Não tem participação com a comunidade (CDS V, nº 06).

Há, portanto, um quantitativo de dificuldades considerável em diversos aspectos relacionados aos CDS. As explanações supracitadas revelam a necessidade de organização, de um trabalho coletivo entre o CDs e a comunidade e o CDS e o CMS, a prevalência da multifuncionalidade dos conselheiros, a necessidade de resolutividade das deliberações no CDS, a capacitação dos conselheiros distritais que nunca houve a intersetorialidade interconselhos, a necessidade de divulgação do CDS, o comprometimento dos conselheiros com a representação e as responsabilidades provenientes da sua atuação e principalmente compreender que o controle social na agenda pública como conquista de muitas décadas deve ser praticado. É importante, sobretudo, não entender o espaço do CDS e nem fazê-lo de forma fechada, subordinada, mas entender esta arena e vivencia-la através dos vínculos de deliberação e participação social na política de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo ao longo deste estudo é analisar a representação nos Conselhos Distritais de Saúde no município de João Pessoa- PB. Neste sentido, sem a intenção de esvaziar o debate acerca da representação dos conselheiros nos CDS o percurso desta reflexão nos permitiu apreender algumas considerações acerca do objeto de estudo abordado.

É importante entender que o papel do conselheiro no CDS é de relevância pública, voluntária e honorífica, mas para além desta consideração o ato de representar está associado à capacidade efetiva de decidir sobre determinada política pública, na atuação plural da composição, na deliberação pública, na proposição de temáticas e descentralizar a decisão sobre as ações públicas e no controle social sobre as ações.

Portanto, a proposta foi realizar o estudo dos CDS mais e menos representativos através do estudo de campo e de acordo com a delimitação do público alvo entender as particularidades e potencialidades desses espaços.

De acordo com o estudo teórico e a pesquisa empírica temos questões provocativas à temática. Partimos do princípio de que os espaços de participação difundem a cidadania democrática. No entanto na prática, o que se vê é a sobreposição de espaços participativos que vão se instituindo a partir de demandas fragmentadas numa sociedade que considera esses arranjos de forma distanciada sem utilizá-los como espaço de discussão política.

Constatamos através da pesquisa de campo que os conselheiros do CDS –II e V – acreditam que sua atuação associa participação e representação. Neste sentido, para os sujeitos da pesquisa o ato de representar e participar se concretiza concomitantemente assimilando a ideia de se colocar como sujeito falante, deliberar sobre questões coletivas e valores comuns.

O estudo da representação esteve constantemente associado à perspectiva da complementaridade entre representantes e representados, mesmo que na realidade dos CDS esta questão se apresente de forma fragilizada no que se refere ao ideário de representantes distanciados de suas bases – a sociedade civil.

Ambos os CDS independente de estarem no patamar de mais e menos representativo – conforme a pesquisa se desenvolveu – ratifica na sua grande maioria a

ideia que denominados de “representação tutelada”. Dessa forma, os conselheiros do CDS por não sentirem o apoio da comunidade na plenária e/ou numa consulta anterior às reuniões afirmam que o representante adquire a responsabilidade na sua grande prevalência de sujeito que delibera por todos.

A pesquisa nos possibilitou perceber situações frequentes em ambos os CDS quanto à capacidade de influenciar nas decisões. Nas reuniões cada representante fala em nome das demandas do seu campo de representação no tocante à paridade. Obviamente que este é um posicionamento proposital uma vez que vivenciam a realidade cotidianamente, porém, é necessário que se discuta em torno de uma realidade ampla do distrito sanitário servindo de suporte inclusive nas falas dos outros representantes.

É preciso desmistificar a paridade como bandeira de combate. Um fato curioso é que a dinâmica do CDS II e no CDS V se resume, conforme observamos no capítulo anterior, no tripé: usuário (fiscalizador)- trabalhador (justifica)- gestão (escuta).

A consulta à sociedade civil é muito fragilizada, muitos representantes comparecem ao órgão colegiado sem consultar suas bases, falando em seu nome e não em nome do grupo, e muito menos compartilham as decisões tomadas nas reuniões limitando também a responsabilização dos atores e o controle de suas ações.

No tocante ao fator que desencadeou em estar como representante neste espaço é possível perceber através da pesquisa que o CDS II teve predominância no fator da indicação e para o CDS V o comprometimento do trabalho, caracterizado pelas atuações nas associações, sindicatos, e demais instancias. Logo, o CDS V qualifica a prática deliberativa em nome de uma prática política qualificada. Por outro lado, o CDS II limita a função deliberativa à postura conservadora e desqualificada.

A natureza deliberativa relaciona a capacidade de ultrapassar as funções meramente simbólicas. É preciso atingir uma forma efetiva de participação na formulação de políticas públicas, principalmente atribuindo a essa construção o fator coletivo, descentralizador e deliberativo.

Quanto à autonomia desses representantes distritais verificaram-se as seguintes questões por ambos os CDS, a saber: a falta de resolutividade e a prática com uma gestão de caráter consultivo como se os CDS fossem espaços meramente informativos. Essa constatação provoca nos conselheiros a desmotivação e desistência da função de representante. A alta rotatividade constatada na análise documental e na pesquisa de

campo revela dentre outros fatores a predominância de pontos desmotivadores no processo deliberativo.

Verificamos que a função de ser representante para o CDS menos representativo (II) está associada ao fortalecimento da democracia, o que de fato é um fator muito importante. Para os conselheiros do CDS mais representativo (V) expressa à construção do SUS, ou seja, a compreensão que a política de saúde ainda está em construção e a bandeira do projeto sanitaria é vigente.

Percebemos que os conselheiros distritais – de ambos os CDS – acreditam que o CDS é um instrumento de fortalecimento do controle social na política de saúde. Os conselheiros também revelam que o Conselho Distrital de Saúde tanto o CDS V como o II tem a função de participar junto com os cidadãos na deliberação das demandas de saúde.

No entanto, as afirmações supracitadas pelos sujeitos do CDS II e V afirmam a mesma definição: a ausência de conhecimento amplo da existência do CDS tanto pelo município como pelo próprio distrito sanitário. Isso repõe, portanto, a necessidade de uma maior publicização das ações, reuniões, importância, objetivos e competências do CDS para a comunidade.

No que se refere ao funcionamento, o CDS mais representativo – o CDS V – expressa participar ativamente na proposta de pautas e assuntos relacionados ao distrito sanitário, o menos representativo – o CDS II – também apresenta propostas, entretanto, tem um número significativo de representantes que nunca propõe pautas.

A discussão dos pontos de pauta antes das reuniões com a população tem a seguinte realidade: os conselheiros do II e V expressaram, em sua maioria, estarem sempre discutindo os pontos de pauta em momentos anteriores, por meio de debates e reuniões com a população.

Um fato em destaque é com relação à importância da qualificação e capacitação desses conselheiros distritais. Existem fatores que estão intrínsecos na participação política desses sujeitos, todavia a prática diária tem necessidade de aprimoramento. A formação e capacitação técnica exercita o conhecimento sobre o CDS e os deveres e competências da prática conselheira. Todavia, o CDS desde a sua criação até o momento vigente não teve curso de capacitação direcionado às suas especificidades.

A estratégia executada até o momento com a perspectiva de qualificar os conselheiros foi inseri-los no curso “quali conselhos” que como analisado anteriormente

não foi suficiente para os representantes do CDS. Conforme constatado pela pesquisa a capacitação para ambos os CDS mostra a importância que estes consideram para a sua função, no entanto entendem que deveriam ocorrer com mais frequência.

A constatação de que esses conselheiros precisam de uma formação técnica está ligada a questões diagnosticadas na pesquisa, a saber: entender a função do CDS, o estabelecimento dos pontos de pauta nas reuniões, a necessidade de conhecer o plano de saúde municipal, o conhecimento das atribuições do conselheiro distrital e o conhecimento do regimento interno, dentre outras questões.

Nesses conselhos, a organização, funcionamento e dinâmica acontecem sem um maior planejamento. Falta capacitação aos conselheiros e ainda várias das decisões tomadas não são praticadas pelo governo municipal, uma vez que há grande dificuldade no acompanhamento dos encaminhamentos e muitos acabam se perdendo.

Acreditamos ser importante para os conselheiros conhecer a história de construção desse espaço, principalmente em nível de motivação e percepção de que tudo parte de uma principiante iniciativa e trabalho contínuo. Para os conselheiros o conhecimento da história de construção dos CDS tem as seguintes questões: O CDS V tem uma maior expressão de conhecimento sobre a história de construção e criação do CDS no município de João Pessoa-PB. Todavia, os sujeitos do CDS II afirmam significativamente não conhecer a história de construção da instância.

Constatamos que as reuniões do CDS II não são divulgadas para a população. O CDS V quando afirma existir divulgação apresenta o método “boca a boca” com a população e contato entre os profissionais de saúde e gestores. No entanto, mesmo diante dessas ínfimas estratégias de divulgação das reuniões não existe a participação de usuários ou profissionais de saúde no conselho distrital.

Vimos ainda de acordo com a pesquisa de campo que não existe a divulgação das ações do conselho distrital de saúde no CDS II. A maioria dos sujeitos pesquisados do CDS V destaca que a divulgação das ações do CDS é por meio do contato direto com a população.

Dessa forma é possível compreender que não existe nenhum tipo de publicização efetiva das atividades dos CDS, muito menos das ações e planos. Os planejamentos e agendas ficam entre os representantes como se esse aspecto fechado e limitado fizesse parte do controle social.

Percebemos que um dos principais desafios é a participação da comunidade em ambos os CDS. A inexpressiva atuação da população revela que a inexistência de cultura de participação e a ausência de proposições da comunidade na política de saúde e ocasionam o esvaziamento e fragilização da democracia direta nos CDS estudados.

Demonstramos até aqui que um passo formidável já foi dado, todavia, devido à ausência de um planejamento global e articulação dos CDS acaba fragilizando a política de saúde nos distritos sanitários e prejudicando a qualidade de participação.

Os desenhos institucionais deliberativos que hoje configuram a discussão da política de saúde devem responder plenamente aos desafios confrontados no cotidiano dos serviços, motivo pelo qual consideramos que a discussão sobre a gestão do SUS deve ser situada no cotidiano institucional, nos cenários concretos onde se efetiva. A representação pouco expressiva – principalmente pela ausência da sociedade civil no suporte: representantes e representados – compromete os processos democráticos e as alternativas de descentralização. As dificuldades aumentam no lugar onde não há organização popular devido à ausência de uma política clara de representação.

Há ainda longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros no CDS seja eficiente, eficaz e efetiva na condução da política pública de saúde. Tendo em vista os aspectos observados ao longo desse estudo, somos levados a acreditar que a discussão e a pesquisa não se encerram neste trabalho, mas abrem muitas possibilidades de discussões e reflexões na tentativa de compreender os fatores de concretização do controle social na saúde e o estudo da representação como mecanismo que necessita de uma moldagem para que seja efetivamente um instrumento da democracia nos moldes deliberativos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. G. A. **A atuação dos conselheiros de saúde: estratégias e práticas**, 2002, 183f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal da Paraíba/ Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, João Pessoa- PB, 2002.

ALMEIDA, C; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2012.

ARAÚJO, C. M.; ALMEIDA, N. R. S. DE; SILVA, G. T. O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa: uma análise na perspectiva dos conselheiros In: SILVA, G. T (Org.) **CIDADE, PODER LOCAL E POLÍTICAS PÚBLICAS** – João Pessoa- PB: Editora Cidade Universitária da UFPB, 2013.

AVRITZER, L. A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas. In: MARQUES, Ângela Cristina Figueiredo (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

_____. Reforma Política e Participação no Brasil In: **Reforma política no Brasil** / Leonardo Avritzer, Fátima Anastásia (orgs.). – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

_____. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da Autorização à Legitimidade da Ação. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 50, nº 3, 2007, pp. 443 a 464.

_____. Sociedade Civil e Participação Social no Brasil. – **Projeto Três tempos**, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa-Portugal, Edições 70. Loyola. 2010.

BAHIA, L. A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro v.33 n.81, 2009.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. – 2º ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENHABIB, Seyla. Rumo a um modelo deliberativo de legitimidade democrática. In: MARQUES, Ângela Cristina Figueiredo (org. e tradução). **A deliberação pública e**

suas dimensões sociais, políticas e comunicativas (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

BEZERRA, C. K. F.; ARAÚJO, M. A. D. de. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo – PB: um estudo sobre participação. **RAS**, v. 11, n. 42 – Jan-Mar, 2009.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo (tradução de Marco Aurélio Nogueira). - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOHMAN, J. O que é deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, Ângela Cristina Figueiredo (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil. Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. – Faleiros [et al] Org. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

_____. **Lei Federal nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990.

_____. **Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS**: Brasília- DF, 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Brasília-DF. Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Ministério da Saúde. Resolução 196/96.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.S.B.de. Participação social e controle social na saúde: a criação dos conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro. In: _____. (orgs.) **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. – São Paulo: Cortez, 2012.

_____; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**. - São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar., 2012.

CAMPOS, G. W. de S. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro v.33 n.81, 2009.

CARVALHO, A. I. de. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 375-393.

CARVALHO, M. do C. A. A; TEIXEIRA, A. C. C.(orgs.). Conselhos Gestores de Políticas Públicas. São Paulo: **Pólis**, 2006. (Publicações Pólis, 37).

CAYRES, D. C. **Democracia, participação e autonomia**: articulações entre sociedade civil e Estado. **Anais...** II Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política São Carlos – SP, UFSCar, 2011.

CHAMBERS, S. A teoria democrática deliberativa. In: MARQUES, Â. C. S. (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COHEN, J. Deliberação e legitimidade democrática. In: MARQUES, Ângela Cristina Figueiredo (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária.- **Lua Nova**. São Paulo n. 19, 1989.

COOKE, M. Cinco argumentos a favor da democracia deliberativa. In: MARQUES, Â. C. S. (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

DAGNINO, E. Políticas culturais, democracia e projeto neoliberal. **Revista Rio de Janeiro**, n. 15, 2005.

_____. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: Daniel Mato (coord.), Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: **FACES**, Universidad Central de Venezuela, 2004.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Pobreza política: a pobreza mais intensa da pobreza brasileira**. Campinas-SP, Armazém do Ipê (Autores associados). 2006.

DINIZ, T. M. R. G. **Estudo de Caso: Suas Implicações Metodológicas na Pesquisa em Serviço Social**. In: Pesquisa Qualitativa um instigante desafio/Martinelli, Maria Lúcia (org.), 1999.

DURIGUETTO, M. L. Conselhos de direitos e intervenção profissional do serviço social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.S.B.de. (orgs.) **Saúde, Serviço social, Movimentos sociais e Conselhos**: desafios atuais. – São Paulo: Cortez, 2012.

FERRIZ, A. F. P. **A participação em instituições descentralizadas na cidade de João Pessoa- PB**: o orçamento democrático e o conselho de saúde, 2012, 274f. Tese (doutorado em sociologia) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa- PB, 2012.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. - São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro v.33 n.81, 2009.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. – 2º Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, 2004.

GUEDES, T. A. **O papel deliberativo dos conselhos gestores de políticas públicas**: análise do conselho municipal de saúde de Lauro de Freitas no desenvolvimento da democracia participativa local, 2008, 151f. Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal da Bahia, 2008.

GUIZARDI, F. L. **Do Controle Social à Gestão Participativa**: interrogações sobre a participação política no sus. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.7 n.1, p.9 34, mar./jun. 2009.

GUTMAN, A. THOMPSON, D. Democracia deliberativa para além do processo. In: MARQUES, Â. C. S. (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

Jornada Internacional de Políticas Públicas, V., 2011. São Luiz/ Maranhão. **Anais...** Universidade Federal do Maranhão (UFMA). SILVA, A. X. da. A reforma sanitária brasileira em debate.

JORGE M. S.; VENTURA C. A. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1, 2012.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. GERCHMAN, S. COELHO, F. E. (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, J.de C. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um conselho municipal de saúde. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, 2001.

LÜCHMANN, L. H. H. **A democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade**. Santa Catarina: Cadernos de pesquisa/ UFSC, nº 33, 2002.

_____. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, São Paulo, 70: 139-170, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MANSBRIDGE, J.A conversação cotidiana no sistema deliberativo. In: MARQUES, Â. C. S. (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

MARQUES, A. C. S. As interseções entre o processo comunicativo e a deliberação pública. In: _____ (org. e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais,**

políticas e comunicativas (textos fundamentais). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

MATOS, M. C. de. **Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS**, 2011, 127f, Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP. Rio de Janeiro, 2011.

MENDES, D. C. V. R. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. **Rev. Katál**. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 143-153, 2007.

MENEZES, J. S. B. de. O Conselho Nacional de Saúde na Atualidade: reflexões sobre os limites e desafios. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.S.B.de. (orgs.) **Saúde, Serviço social, Movimentos sociais e Conselhos**: desafios atuais. – São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. – 4º ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, F. M. de. Desafios da participação popular no poder local. In: Fundação Konrad Adenauer. **Participação Cidadã**: novos conceitos e metodologias. – Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2004.

_____. Participação cidadã e políticas sociais: nexos, potencialidades e desafios. **Perspectivas em Políticas Públicas**. - Belo Horizonte, v. 2, nº 3, p. 116-145, 2009.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. - São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Luta Médica**. (Entrevista). Jun/ Jul., 2012. Disponível em<
<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7718/1/Jairnilson%20Paim.%20Entrevista%202012.PDF>> Acesso em: 27 de junho de 2013.

PINTO, J. M. de R. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. **Paidéia**, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Regimento Interno do Conselho Distrital de João Pessoa- PB**. João Pessoa: 2011. Previsto pelo art. 18 da Lei nº 5.104 de 03 de novembro de 2009.

RAICHELIS, R. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, 2006.

_____. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social**: caminhos para a construção democrática. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

SILVA, G. T. da. Gestão Pública e Transformação Social no Brasil. In: Fundação Konrad Adenauer. **Participação Cidadã**: novos conceitos e metodologias. – Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2004.

SOUZA, L. da C. e. Democracia: representativa, deliberativa ou participativa? o espaço dos conselhos neste debate. **Saber Acadêmico**, n.º 10, 2010.

SPOSATI, A. LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**. 1992, vol. 8, n. 4, p. 366-378.

TEIXEIRA, E. C. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. – 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

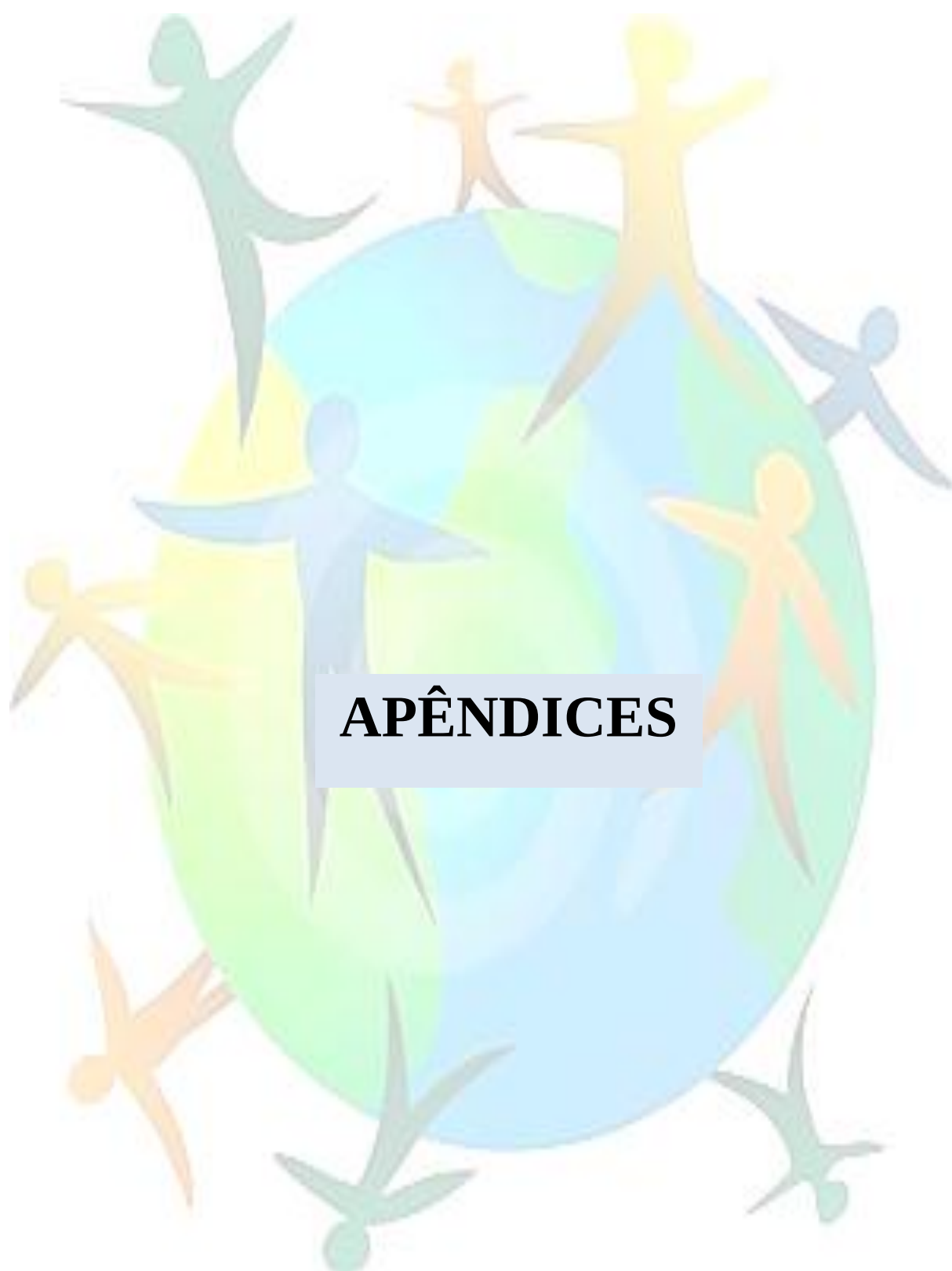
TEIXEIRA; MENDONÇA. (Nome da parte) In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. – 3º ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª ed. 18ª reimpr. São Paulo. 2009.

URBINATI, N. O que torna a representação democrática? **Lua Nova**, São Paulo, 67: 191-228, 2006.

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. **Lua Nova**, São Paulo, nº 67: 139-190, 2006.

WENDHAUSEN, Á L. P.; BARBOSA, T. M. ; BORBA M. C. de. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.131-144, set-dez, 2006.



APÊNDICES

**APENDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa intitulada: A Representação nos Conselhos Distritais de Saúde no Município de João Pessoa- PB: As Perspectivas de Controle Social na Saúde, desenvolvida por Camila Cavalcante Rolim, discente do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social. Fui informado (a) ainda, de que a pesquisa é orientada pelo Prof. Dr. Gustavo Tavares da Silva.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para os objetivos da pesquisa.

Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais trata-se de Analisar a representação nos Conselhos Distritais de Saúde no município de João Pessoa-PB. A pesquisa se justifica com a finalidade de propiciar uma contribuição acerca da temática, visando entender fatores que favorecem o fortalecimento da participação nessa instância de controle social.

Fui também esclarecido (a) que projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Neste sentido, não haverá nenhum risco ou desconforto, ou qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros.

Minha colaboração se fará por meio de um questionário individual. Embora o questionário seja respondido conforme forem sendo feitas as perguntas pelo pesquisador, será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. O acesso e a análise dos dados coletados e farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

Minha participação é voluntária, em sendo assim, posso me recusar a participar, ou me retirar a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, sem prejuízos, penalizações ou constrangimentos. Além disso, ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste termo, consciente de que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas acerca da pesquisa. Por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a)
participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador
(a): _____

**APENDICE B- FORMULÁRIO INDIVIDUAL PARA AOS MEMBROS
TITULARES DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE (CDS)**

Pesquisa: “A REPRESENTAÇÃO NOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA- PB: AS PERSPECTIVAS DE CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE”

Formulário nº _____

Data: ____/____/____

Distrito Sanitário que atua como conselheiro (a): () II () V

Prezado (a) Conselheiro (a),

O questionário que ora se apresenta busca promover um estudo acerca da Representação nos Conselhos Distritais de Saúde no Município de João Pessoa- PB: As Perspectivas de Controle Social. A pesquisa trata-se de uma proposta pela discente Camila Cavalcante Rolim matriculada regularmente no Programa de Pós-graduação em Serviço Social- PPGSS da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Durante todo percurso da pesquisa utilizaremos as questões éticas recomendadas para a realização do estudo, proporcionado a cada participante a garantia do anonimato e a confiabilidade dos resultados obtidos. Agradecemos desde já a sua contribuição para o desenvolvimento da pesquisa.

Atenciosamente,

Camila Cavalcante Rolim

Orientação: Prof. Dr. Gustavo Tavares da Silva

1. Na sua opinião, qual a importância de participar do Conselho Distrital de saúde?
(Pode marcar duas respostas).

() Representar a população

() Importância pessoal

() Realizar o controle social

() Lutar pelas demandas do segmento que representa

2. O que levou você a participar do Conselho Distrital de Saúde?

() vontade pessoal () indicação () comprometimento do trabalho

3. Você discute os pontos de pauta e as prioridades da saúde no distrito sanitário antes das reuniões?

- ☐ Sim, sempre
☐ Algumas vezes
☐ Poucas vezes
☐ Não discuto
☐ Não sabe

4. Qual o segmento que você representa?

- ☐ governo ☐ instituição não governamental ☐ sociedade civil

5. Você acha que o conhecimento técnico - sobre a saúde - é importante para discutir e tomar as decisões no CDS?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Porque? _____
_____.

6. Como você avalia sua capacidade de influenciar as decisões tomadas no conselho?

- ☐ Influencia muito ☐ Influencia ☐ Influencia pouco ☐ Não influencia
☐ Não sabe

7. Com que frequência você propõe assuntos a serem discutidos no conselho?

- ☐ Sempre ☐ Na maioria das reuniões ☐ Em algumas reuniões
☐ Nunca propõe ☐ Não sabe

8. No que se refere a sua atuação no Conselho, você:

- se articula com a sociedade civil previamente para discussão de demandas

- ☐ sim ☐ não

- apresenta propostas individuais

- ☐ sim ☐ não

- se articula com outros conselheiros

- ☐ sim ☐ não

- se articula com o CMS

- ☐ sim ☐ não

9. Como são descobertas as demandas do distrito?

- ☐ Contato com a população

- ☐ Percepção própria
- ☐ Conhece através do campo que representa
- ☐ Não sabe

10. Na sua opinião, qual é a função do Conselho Distrital? (Pode marcar duas opções).

- ☐ Informar a população
- ☐ Órgão de reclamação
- ☐ Participar junto com os cidadãos na descoberta das demandas de saúde
- ☐ Elaborar ações e encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde
- ☐ Não sabe

11. Como é feita a divulgação das ações do CDS?

- ☐ Contato direto com os usuários da saúde
- ☐ Panfletos e exposições dessa natureza
- ☐ Visitas dos CDS as instituições e demais segmentos
- ☐ Não existe
- ☐ Não sabe informar

12. Como você avalia a relação da comunidade com o CDS?

- ☐ Boa ☐ Ruim ☐ Regular

Justifique:

13. Quem estabelece os pontos de pauta nas reuniões do CDS?

- ☐ O presidente do CDS
- ☐ Uma pessoa indicada pelo presidente do CDS
- ☐ A pauta de reunião é definida somente pela mesa coordenadora
- ☐ Alguns conselheiros (os mais influentes)
- ☐ Todos os conselheiros
- ☐ Não sabe

14. Qual desempenho deveria ser incumbido ao CDS que não esta presente no regimento interno?

- () Fiscalizar os gastos do município com a saúde
() Elaborar ações e implementá-las
() O Regimento é completo
() Outro. Especifique: _____

15. Você sabe da história de construção dos CDS?

- () Sim () Não

Justifique?

16. Você acompanhou a construção do regimento interno?

- () Sim () Não

Comente: _____

17. Após a construção do regimento interno houve alguma modificação em suas atribuições?

- () Sim () Não

Se SIM, qual? _____

18. Você considera que o Conselho contribui para o fortalecimento da democracia?

- () sim () não

19. Para atuar no conselho você participou de alguma formação específica ou capacitação?

- () Sim () Não

20. Você acredita que a sociedade está informada sobre o trabalho do Conselho Distrital de Saúde?

- () sim () não

Porque? _____

21. Existe divulgação das reuniões para a população?

- ☐ Algumas vezes
☐ Poucas vezes
☐ Nunca
☐ Não sabe informar
☐ Sim, sempre.

De que forma?

22. Como você classifica a cultura de participação da sociedade civil no distrito sanitário:

- ☐ participa ☐ não participa ☐ participa pouco

23. Sobre a organização do Conselho, possibilita condições de trabalho:

- ☐ sim ☐ não

Justifique: _____

24. Na sua opinião o caráter consultivo influencia na eficiência do CDS?

- ☐ Sim ☐ Não

Justifique: _____

25. Você repassa as informações e deliberações do Conselho para a população do distrito sanitário?

- ☐ sim ☐ não

Se SIM de que forma? _____

26. Houve algum curso de capacitação no Conselho?

Sim () Não ()

27. Como você avalia a importância dos cursos de capacitação para atuar como conselheiro?

- () Aceitáveis para o exercício da função de conselheiro
- () Auxiliam no desempenho da função, porém não são suficientes.
- () Não recebeu capacitações internas.
- () Não sabe.

28. Para você, qual o papel das Comissões e grupos de trabalho existentes no conselho?

- () Fiscalizar / Acompanhar
- () Produzir estudos e pesquisas na área do conselho
- () Assessorar os conselheiros sobre assuntos / temas que não dominam
- () Outro, especifique: _____.
- () Não sabe

29. Como você avalia o papel do conselho na resolução dos problemas da saúde no distrito sanitário?

- () O conselho é fundamental, pois consegue propor ações ao conselho municipal e resolver a maioria dos problemas da saúde
- () O conselho tem pouca influência, pois se depara com dificuldades no seu funcionamento
- () O conselho influencia as ações e gastos na saúde, mesmo com as limitações que apresenta
- () O conselho é autônomo para discutir e decidir sobre as questões da saúde somente no distrito.
- () O conselho não influencia

30. Você acompanha as ações da prefeitura na área da saúde?

- () Sim, sempre
- () Algumas vezes

☐ Poucas vezes

☐ Não

31. Em que medida, você acha que os gastos e ações na área da saúde, realizados pelo município, estão de acordo com as decisões do CDS?

☐ Sempre de acordo

☐ De modo satisfatório

☐ De modo pouco satisfatório

☐ Não estão de acordo

☐ Não sabe.

32. Como você avalia a relação do CDS com o CMS?

☐ Boa ☐ Ruim ☐ Regular

Explique:

33. As decisões do CDS são implementadas pelo CMS?

☐ Sim, sempre

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Poucas decisões do conselho são discutidas no CMS

☐ Não, o CMS isoladamente toma as decisões sobre a saúde municipal

☐ Não sabe

34. Na sua opinião, qual a relação do CDS com:

- CMS ☐ subordinação do CDS ☐ autonomia do CDS

- Governo ☐ subordinação do CDS ☐ autonomia do CDS

35. Você possui vínculo com:

☐ associação de moradores ☐ sindicato ☐ igreja ☐ ONG

☐ outro Qual? _____

36. No geral, você acredita que os Conselheiros conhecem as suas atribuições?

() sim () não

37. Como você considera sua atuação no conselho:

() representação () participação () ambas as respostas () Nenhuma das respostas

38. De que forma você qualifica sua participação no Conselho:

- () participa de todas as reuniões
() participa da maioria das reuniões
() participa de poucas reuniões

39. Em sua opinião, quais as principais dificuldades do conselho para influenciar as ações na área da saúde?

40. No que se refere ao distrito sanitário e a política de saúde no município, quais os avanços adquiridos pelo Conselho Distrital de Saúde?

41. Qual a sua idade? _____

42. Gênero: Feminino () Masculino ()

42. Qual sua profissão?_____.

43. Qual seu nível de Escolaridade (Grau de Instrução):

Ensino fundamental I: () completo () incompleto

Ensino fundamental II: () completo () incompleto

Ensino Médio: () completo () incompleto

Ensino Superior: () completo () incompleto

() Outro. Qual?_____

ANEXOS