



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

FRANCY WEBSTER DE ANDRADE PEREIRA

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE
CAMAÇARI-BA: UM OLHAR A PARTIR DO ENVOLVIMENTO DOS USUÁRIOS**

JOÃO PESSOA-PB
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

FRANCY WEBSTER DE ANDRADE PEREIRA

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE
CAMAÇARI-BA: UM OLHAR A PARTIR DO ENVOLVIMENTO DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Orlandil Lima Moreira

JOÃO PESSOA-PB
2011

P436p Pereira, Francy Webster de Andrade.
A participação popular em conselhos locais de saúde de
Camaçari-BA: um olhar a partir do envolvimento dos usuários /
Francy Webster de Andrade Pereira.- João Pessoa, 2011.
80f.: il.
Orientador: Orlandil Lima Moreira
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE
1. Educação popular. 2. Mobilização social. 3. Conselhos
locais de saúde - Camaçari-BA. 4. Participação popular.
5. Sistema Único de Saúde.

UFPB/BC

CDU: 37.018.8(043)

FRANCY WEBSTER DE ANDRADE PEREIRA

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE
CAMAÇARI-BA: UM OLHAR A PARTIR DO ENVOLVIMENTO DOS USUÁRIOS**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À BANCA EXAMINADORA CONSTITUÍDA PELOS
SEGUINTE PROFESSORES:

Prof. Dr. Orlandil Mima Moreira - Orientador
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof^a Dr^a Kátia Suely Silva Ribeiro - Avaliadora Externa
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof. Dr. Severino Bezerra da Silva - Avaliador Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Dedico à Rita Ramalho de Andrade (in memoriam), minha querida avó, que não viu a minha formatura, mas foi uma pessoa dedicada aos pobres e oportunizou meus primeiros passos no diálogo com as classes populares. Aos meus pais, Fransquinho e Socorro, que sempre lutaram pela educação e oportunidades aos seus quatro filhos. À minha esposa, amiga e companheira, Vanessa Carol, pelo apoio e ensinamentos de toda nossa trajetória e o carinho de todos os momentos. Aos meus irmãos, Francyarley, Wericsson e Mayrlla. Ao amigo e militante Expedito Vidal. Às comunidades dos bairros Alto do Mateus e São Rafael, lugares de grandes aprendizados e mobilização comunitária, em três anos na gestão municipal de João Pessoa.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Orlandil Moreira Lima.

À minha sogra, Zenaide, pelo incentivo constante.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Sobral-CE pela oportunidade de grande aprendizado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari – Bahia

Ao Eder Moreno, técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari

Às amigas Angélica e Cristiane, pelas valiosas contribuições.

Aos colegas da turma 29 do Mestrado em Educação da UFPB, em especial os que fizeram parte da Linha Educação Popular: Dênis Petuco, Luciano, Rodrigo, Deyse, Rosa e Monalisa.

Aos companheiros militantes e ex-diretores da FESF, Hêider Aurélio Pinto e João Cavalcante, pela compreensão e aposta no movimento academia e serviço público de saúde.

Aos sanitaristas e amigos da Fundação Estatal Saúde da Família/Bahia, que tanto me apoiaram, em especial João André, Igor Gomes, Daiana, Aline Lima, Hânia, Marcelo De Luca, Guilherme Salgado, Antonio Ribas, Helder Bezerra, Caroline Duarte, José Santana, Cristiane, pela acolhida, compreensão e aprendizados tão fortes na construção do SUS.

Aos militantes de esquerda que lutaram e ainda lutam, a cada dia, e incansavelmente, para construir as possibilidades de outros mundos ainda neste.

*Não quero só fazer parte, quero tomar parte e ter
parte.*

*(Expedito Vital, liderança comunitária de Sobral
CE, ex-presidente do Conselho Municipal de
Saúde.)*

*Faz escuro, mas eu canto
porque amanhã vai chegar.
Vem ver comigo, companheiro,
a cor do mundo mudar.
Vale a pena não dormir para esperar
a cor do mundo mudar.
Já é madrugada,
vem o sol, quero alegria,
que é para esquecer o que eu sofria.
Quem sofre fica acordado
defendendo o coração.
Vamos juntos, multidão,
trabalhar pela alegria,
amanhã é um novo dia.*

(“Faz escuro, mas eu canto”. Thiago de Mello, 1966)

RESUMO

O presente estudo trata da participação popular, através do envolvimento dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde (CLS) no município de Camaçari- Bahia. Apresentou como objetivos: analisar a participação dos usuários e das organizações populares em Conselhos Locais de Saúde de Camaçari- BA; conhecer o histórico do movimento de formação dos Conselhos Locais de Saúde; analisar os espaços de educação permanente dos conselheiros; identificar as principais ações e desafios na construção do CLS em Camaçari e; refletir sobre os processos pedagógicos envolvidos no diálogo entre os atores dos movimentos sociais, trabalhadores e gestores na construção da participação popular local. Tratou-se de uma pesquisa quantiquantitativa que utilizou do programa Epiinfo, 6.04 no tratamento dos dados quantitativos e análise de conteúdo na interpretação dos resultados qualitativos. Foi levantado o perfil de 45 conselheiros, através de questionário, e entrevistados 16 pessoas nos 4 territórios pesquisados aonde têm os conselhos locais de saúde. Os resultados foram apresentados a partir do CLS e da Participação Cidadão na dimensão política e pedagógica. Mostraram que as primeiras experiências datam de 1983 nos bairros periféricos da cidade, depois fortalecidos e ampliados a partir de 2005, fazendo parte da Política de Saúde do Município. Quanto ao perfil, a maioria dos conselheiros representam as comunidades (usuários), com a presença principalmente de mulheres, adultos e idosos, apresentando escolarização de ensino médio, muitos destes envolvidos com movimentos sociais do bairro ou da cidade de Camaçari. Em todos os CLS tiveram eleições, especialmente dos usuários, mas a grande maioria não teve capacitação. As principais possibilidades destes espaços mostram-se como canal na construção da descentralização poder com o empoderamento comunitário, bem como dos trabalhadores de saúde, com efetivo acompanhamento das ações locais, mas uma incipiente para construção de uma nova cidadania, quando dialogada com a cultura paternalista. Os desafios apontados foram a infraestrutura mínima necessária para o funcionamento dos CLS; a organização de uma Política de Educação Permanente dos conselheiros de saúde, especialmente articulada com o Conselho Municipal de Saúde, com foco na formação política e ênfase da educação popular; o fortalecimento da articulação dos conselheiros locais de saúde com os movimentos sociais locais e; o fortalecimento do apoio da Secretaria de Saúde Municipal e Conselho Municipal de Saúde aos Conselhos Locais de Saúde, especialmente no processo de mobilização comunitária e estruturação dos CLS.

Palavras-chaves: Conselhos Locais de Saúde. Participação Popular. Mobilização Social. Educação Popular. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present study deals with the Popular Participation by the involvement of users in the Local Health Councils (CLS) in Camaçari, Bahia. He presented the following objectives: analyses the Brazilian National Health System's users and popular organizations participation into Local Health Councils in Camaçari – Bahia, know the creation's history of the Local Health Councils - LHC, analyses the permanent education process of the Health Councils, identify the major actions and challenges involved in formation of the LHC in Camaçari, reflected about the pedagogic process involved in relationship among social movements, health workers and health directors in creation's process of local popular participation. It is a quantitative and qualitative study that uses the Epiinfo. 6.04 program into treatment of quantitative data and research material analyses to interpretation of the qualitative results. It was done the analysis of information from forty-five (45) councils with questionnaires and interviewed sixteen persons into four (4) researched territories witch have the LHC. Results are presented from the LHS and Citizen Participation: on the political and pedagogical. Showed that the first experiments date back to 1983 in the suburbs of the city, then strengthened and expanded from 2005, making from the Health Policy of the Municipality. The profile we saw that the majority of the directors representing the communities (users), especially with the presence of women, adults and seniors, with enrollment of high school. Many of those involved with social movements in the neighborhood or the city of Camaçari. In all LHC had elections, especially users, but the vast majority had no training. The main possibilities of these spaces show up as a channel in the construction of power decentralization to community empowerment, and health workers, with effective monitoring of local actions, but an incipient construction of a new citizenship when dialogued with the paternalistic culture while the challenges are highlighted, as offering minimal infrastructure necessary for the functioning of LHS, the organization of a permanent education policies, health councilors, especially articulated with the Municipal Health Council, focusing on training and emphasis of education policy People, strengthen the coordination of local health counselors with local social movements and lastly, joint and strengthen the support of the Camaçari's Municipal Secreriat of Health and Municipal Health Councils of Local Health Councils, especially in the process of community mobilization and structuring LHS.

Keywords: Local Health Councils. Popular Participation. Social Mobilization. Popular Education. National Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Bahia.....	46
--------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características populacionais, de escolaridade e de moradia	48
Tabela 2 – Características sociodemográficas da população em estudo (nº 45)	50
Tabela 3 – Variáveis relacionadas ao CLS.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação em movimento social	54
---	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANEPS	Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho de Secretários Estaduais
EP	Educação Popular
LOA	Lei Orgânica Anual
MOPS	Movimento Popular em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PT	Partido dos Trabalhadores
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	12
O Problema dos Espaços Institucionais de Controle Social	13
CAPÍTULO II - DEMOCRACIA, CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS ESFERAS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE	21
A Democracia e a Construção da Cidadania	21
A Democracia e a Participação Popular	23
O Processo Democrático na Saúde Pública Brasileira	26
A Descentralização do Poder na Saúde: Conferências e Conselhos de Saúde	27
CAPÍTULO III – OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DEMOCRACIA PARTICIPATIVA.....	34
Os Movimentos Sociais em Diálogo com as Políticas de Saúde.....	34
A Educação Popular e os Movimentos Sociais na Construção do Sistema Público de Saúde no Brasil.....	36
A Participação Popular no Controle Social da Saúde?	40
CAPÍTULO IV – CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ: DIMENSÃO POLÍTICA E PEDAGÓGICA	43
Camaçari: Histórico da Criação e do Movimento de Formação dos CLS.....	43
Perfil dos Conselhos e Conselheiros Locais de Saúde de Camaçari	47
Quanto à Inserção em Movimento Social	53
Motivações e Avaliação da Participação dos Conselheiros.....	54
Principais Avanços e Ações dos Conselheiros a partir dos Conselhos Locais de Saúde	56
A Dimensão Política e Pedagógica da Participação nos Conselhos Locais: Possibilidades e Desafios	57
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	69
ANEXOS	74

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira vem sendo implementada desde a década de 1970 com perspectivas de maior envolvimento dos usuários isoladamente e/ou organizados em seus movimentos na formação e acompanhamento da política de saúde brasileira, da forma mais descentralizada possível. Estudar as várias experiências de participação social tem contribuído para o processo de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, para a construção de cidadania a partir da mudança do processo de democracia representativa para uma democracia participativa.

Os arranjos de participação na luta pelo direito à saúde têm sido dados nos mais variados espaços da sociedade, especialmente nos movimentos organizados, e também de forma mais institucionalizada, como as Conferências e Conselhos de Saúde. Estes se apresentam desde Conselhos nacional, estaduais e municipais até os mais específicos, como os Conselhos Gestores de unidade/serviços de saúde e os Conselhos Locais de Saúde (CLS), que estão mais próximos às comunidades, onde têm unidades básicas ou unidades de saúde da família.

As questões de envolvimento da comunidade, o papel dos conselheiros nas agendas decisórias, a organização dos movimentos sociais nesses espaços, o aprendizado com essa militância pela saúde, a democracia participativa e as relações de poder são temas de vários estudos de pesquisadores, como afirmam Müller Neto e Pereira et al (2006, apud CÔRTEZ, 2009, p. 248) “[...] espaços importantes para a participação social, favorecem a explicitação das demandas sociais locais, mas demonstram pouca capacidade de influir na definição de prioridades das políticas”.

Desde a época da graduação venho me inserindo na saúde pública com experiências na extensão universitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) no projeto intitulado “Projeto Saúde da Família no Grotão”, que depois foi chamado de “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família”. Houve ainda a experiência como residente em Saúde da Família na Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, em Sobral- Ceará e, também, como membro fundador da Articulação Nacional de Práticas e Movimentos de Educação Popular em Saúde (ANEPS/CE) e conselheiro municipal de saúde por dois anos na mesma cidade.

Fiz um mergulho junto aos movimentos sociais organizados, uma luta pela saúde pública com foco na mudança da sociedade. Já o diálogo e o envolvimento com os movimentos sociais se iniciaram ainda na época da graduação, na extensão universitária, com

pautas da educação popular, e sucederam-se até os anos atuais, com pautas no aprofundamento nos espaços de facilitação de processos pedagógicos em oficinas, bem na formação de CLS na cidade de João Pessoa- Paraíba.

A experiência como gestor também contribuiu para a minha qualificação. Como parceiro dos militantes trabalhadores e gestores do SUS, especialmente nos movimentos de articulação com as equipes de saúde da família existentes em cada bairro das periferias da cidade João Pessoa. Nesta experiência foram observadas algumas inquietações da participação popular, principalmente dos movimentos sociais como sujeitos coletivos na efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil.

Nesse contexto, há algumas gestões municipais e estaduais da saúde que apostam no fortalecimento do SUS, a partir da participação social e aproximações com os usuários e movimentos sociais.

Espaços de participação vêm se ampliando, incluindo os movimentos sociais para a tomada de decisões e na tentativa de aumentar os espaços de diálogo com a população, desde o orçamento democrático, passando por ouvidorias gerais municipais e da saúde, Conselho Municipal de Saúde e a formação de Conselhos Locais de Saúde junto às equipes de saúde da família.

Esses espaços institucionais de participação têm sofrido várias críticas em relação à real ocupação dos movimentos sociais, como também a baixa representatividade de quem os ocupa.

O Problema dos Espaços Institucionais de Controle Social

A ampliação da articulação entre profissionais de saúde e comunidades, assim como formação de Conselhos Locais de Saúde têm sido uma atividade árdua de trabalhadores e gestores da saúde que militam no sistema de saúde. Para além de uma vontade de gestão e da militância dos seus atores, constata-se uma necessidade de se pensar a crise de participação do Brasil e, não diferente, nas nossas cidades e de trabalhar estratégias e pedagogias necessárias para uma maior aproximação popular com os serviços de saúde para uma construção coletiva das mudanças necessárias para além do setor saúde.

É o velho dilema entre a crítica e as parcerias com o Estado centrado na ação dos atores sociais que ocupam a sociedade civil, constituem forças populares, são vistos como agentes centrais e considerados como protagonistas das mudanças sociais, papel atribuído

anteriormente ao proletariado. Assim, as organizações e manifestações coletivas – como as organizações de bairro, associação de moradores, sindicatos, CEBs, grupos de mulheres, negros, índios, jovens e outros – tornam-se alvo de atenção, abandonam a concepção gramsciana de hegemonia, que reside de a capacidade dos sujeitos produzirem ideologias, e do movimento de guerra de posição, para construir alternativas sociais e culturais como ação comunicativa capaz de gerar a mudança social (JEZINE, 2006).

Na discussão de Sales (2006), algo específico depois de 1988 aconteceu no Brasil. Em vez de uma possível alternativa, enriquecimento ou até substituição, os conselhos se tornaram um dos órgãos e, até com certa frequência, um apêndice da democracia parlamentar representativa e, em particular, do Poder Executivo.

Uma tensão, portanto, criou-se entre a gestão dos delegados na Democracia Parlamentar Representativa e a que teria também a sociedade civil, não como colaboradora ou fiscal, mas como cogestora e que começa a definir, juntamente com os representantes das organizações governamentais, as diretrizes, as prioridades, os objetivos, as estratégias, os recursos, o modelo de gestão, o acompanhamento e a avaliação das políticas públicas (SALES, 2006).

As iniciativas de articulação com as comunidades da gestão municipal de saúde, desde reuniões entre os atores sociais, trabalhadores e gestores da saúde, ou reuniões mais elaboradas, como formação de CLS, precisam ser questionadas, registradas e estudadas como experiências de diálogo e construção da gestão mais democrática. Essa sistematização poderá revelar as pedagogias próprias de inserção no meio popular, a contribuição de uma saúde mais próxima dos anseios e das necessidades da população e a ampliação das transformações sociais.

Nessas experiências evidenciou-se uma potencialidade de participação e transformação social (mesmo com suas limitações espaço – temporais) que esses espaços carregam, a partir dos impactos políticos efetivos e incipientes na organização política dos sujeitos envolvidos, nos modos de governar e gerir as políticas, o sistema de saúde e as suas unidades assistenciais, bem como nos modos de operar o modelo tecnoassistencial e os seus processos de trabalho. Este estudo é entendido da participação popular com os movimentos sociais nos espaços de conquistas já institucionalizados pela Constituição Brasileira, através do espaço dos Conselhos Locais de Saúde e de um olhar a partir da educação popular.

A educação popular era entendida por Freire como um fenômeno de ensino-aprendizagem que tem uma teoria do conhecimento pautada na realidade e com metodologias e conteúdos próprios pautada na construção coletiva com postura política e na ética para a

transformação a partir de valores como o diálogo, a solidariedade e a cooperação, buscando assim a autonomia dos sujeitos.

Como espaço conquistado e legitimado na Constituição Federal de 1988 “o poder emana do povo...”. Essa frase traz uma premissa constitucional que extrapola a Carta Magna brasileira na busca por conquistas coletivas vindas do próprio povo.

No contexto das conquistas públicas no Brasil, sempre foi forte o envolvimento popular em momentos de crise e de privação da participação democrática. As lutas para aprovação da Constituição Federal de 1988 não foram diferentes. Trouxeram um grande número de leis que carregam as políticas sociais, a exemplo da seguridade social, que se traduz nas políticas de saúde, assistência e previdência social.

Todos reconhecem a grande participação dos movimentos sociais na luta e efetivação do arcabouço jurídico da saúde, da ampla participação dos usuários na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na defesa para que as proposições virassem leis para dentro da Constituição Federal em 1988.

Para Sales (2006), a função estatal da sociedade civil exige que ela seja cogestora das políticas públicas, definindo, juntamente com o Governo, as diretrizes, as prioridades, os encaminhamentos e controles, e não simplesmente como mera colaboradora e fiscalizadora de políticas públicas, tidas como de responsabilidade exclusiva do Governo, equivocadamente considerado como responsável exclusivo pelo bem comum.

O movimento social é uma das formas de ação coletiva. Ação coletiva é uma denominação bastante abrangente para fenômenos coletivos que mobilizam um número significativo de pessoas em torno de objetivos pontuais ou históricos, nem sempre claramente explicitados, deliberados ou partilhados de forma comum. No geral, o objetivo é lograr ao atendimento ou concretização de demandas políticas, econômicas e culturais não mensuráveis (solidariedade, identidade e direitos de cidadania), vinculadas a valores e representações dos sujeitos sociais (KAUCHAKJE, 2007).

A autora acrescenta que a ação coletiva consiste na busca da ação conjunta de pessoas por interesses comuns e/ou estão mobilizadas segundo os seus valores e representações e de acordo com as percepções de solidariedade e interesses, muitas vezes pouco nítidas (KAUCHAKJE, 2007).

Para Souza (2007), a educação popular e movimentos sociais populares são expressões polissêmicas, portanto, uma pedagogia e um *locus* educativo. Para Vasconcelos (2004), o método da educação popular sistematizado por Paulo Freire constituiu-se como norteador da

relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde engajaram-se nesse processo.

Concordando com Jezine (2006), pode-se ressaltar o potencial articulador da educação no conjunto das ciências sociais de modo geral, como o de fomentar relações entre o espaço privado e o espaço público e/ou entre o Estado e a sociedade. Este se efetiva através da expansão dos campos de atuação da educação, vista como um processo social no qual se explicita a educação popular como uma prática educativa que se realiza nos movimentos sociais e caracteriza-se como elemento articulador de diversos grupos sociais e instâncias governamentais e não-governamentais.

Entende-se as ideias progressistas e revolucionárias amparadas pelo desejo de um mundo mais justo e igualitário. Paulo Freire defendeu a educação e a esperança no ser humano como a fonte para as mudanças necessárias:

A matriz da esperança é a mesma da educabilidade do ser humano: o inacabamento de seu ser de que se tornou consciente. Seria uma agressiva contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, o ser humano não se inserisse. Este processo é a Educação (FREIRE, 2000 apud VASCONCELOS, 2006, p. 114).

Esse debate talvez fosse mais prazeroso e eficaz se tentasse vivenciar outras formas coletivas de pensar e encaminhar as questões da sociedade e não se prender a “modelitos” ou formas, equivocadamente chamados de organização, impostas aos diversos grupos pelos projetos dos órgãos governamentais e civis, nacionais e internacionais. E como seria bom poder diminuir o sofrimento de quem espera, em vão, que os conselhos, aprisionados pela legislação e prática da democracia parlamentar representativa, consigam chegar a ser consultivos e deliberativos (SALES, 2006).

Assim, aprofundar as reflexões de participação social dos movimentos nos territórios a partir dos Conselhos Locais de Saúde é uma oportunidade de trazer algumas inquietações sobre a educação popular e da democracia participativa no campo da saúde pública, especialmente em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, com os seguintes questionamentos:

- 1) Quais as pedagogias envolvidas na mobilização dos atores e debates dos problemas das comunidades? A descentralização do Controle Social através dos Conselhos Locais de Saúde representa descentralização de poder e maior participação dos usuários na política de saúde local?
- 2) Como se configura a participação dos movimentos sociais e/ou usuários nos espaços dos Conselhos Locais de Saúde de Camaçari?

O presente estudo pretende aprofundar a experiência com a participação dos usuários em Conselho Local de Saúde e utilizá-la como disparador de um processo de reflexão e formulação de conhecimento. O trabalho adota a estratégia da pesquisa qualitativa e quantitativa porque contém os elementos teóricos e instrumentais para analisar e interpretar os fenômenos a partir das experiências dos próprios sujeitos.

Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo geral analisar a participação dos usuários e organizações populares em Conselhos Locais de Saúde de Camaçari-Bahia. Para atingir esse objetivo, apresenta-se como objetivos específicos: a) conhecer o histórico do movimento de formação dos Conselhos Locais de Saúde; b) analisar espaços de educação permanente dos conselheiros; c) identificar as principais ações e desafios na construção do Conselho Local de Saúde em Camaçari; d) refletir sobre os processos pedagógicos envolvidos no diálogo entre os atores dos movimentos sociais, trabalhadores e gestores na construção da participação popular local.

Para os caminhos metodológicos do presente estudo foi utilizada uma abordagem analítica da educação popular da participação de usuários e movimentos sociais nos espaços dos Conselhos Locais de Saúde, uma pesquisa social, como defende Löwy (1997, p. 29):

A pesquisa social – fenômenos sociais são produtos das ações do homem. Ademais, o “o corpo social”, a sociedade, funcionam de forma diferente do corpo humano e seu metabolismo e, por tanto, as formas de conhecê-los seguem abordagens e procedimentos científicos qualitativamente diferentes.

A pesquisa teve análise integrada de dados quantiquantitativos, pois se utilizou da sistematização de experiências vividas pelos usuários, trabalhadores, gestores e movimentos sociais locais e de algumas informações quantitativas obtidas pelos questionários respondidos pelos entrevistados.

A pesquisa mista está fundamentada nos estudos de Santos (2009, p. 136), quando defende que:

No método misto, a interligação de diversas informações que podem ser comparadas, permite uma maior abertura da perspectiva da investigação e o aprofundamento da análise dos dados. A complementaridade dos procedimentos cria condições mais favoráveis à superação de eventuais distorções à superação de eventuais distorções e erros durante todo processo de pesquisa. Diante das várias opções metodológicas coloca-se a questão da fidedignidade e validação dos dados, diretamente relacionada com a qualidade da pesquisa.

Santos (2009) acrescenta que no método misto, a interligação de diversas informações, que podem ser comparadas, permite uma maior abertura da perspectiva da investigação e o aprofundamento da análise dos dados. A complementaridade dos procedimentos cria condições mais favoráveis à superação de eventuais distorções e erros durante todo o processo

de pesquisa. Diante das várias opções metodológicas, coloca-se a questão da fidedignidade e validação dos dados, diretamente relacionada com a qualidade da pesquisa.

Já Minayo (2004) reflete que a contextualização da conjuntura dos espaços de participação dos movimentos sociais, em seu crescente histórico, é importante para produzir reflexões dialéticas e entender em que cenário se constrói. Deverá ser realizada através de revisão bibliográfica e pesquisa documental.

A presente pesquisa teve como *locus* de estudo o município de Camaçari, no estado da Bahia, que possui 242.960 mil habitantes, de acordo com o censo IBGE 2010. Como o restante do país, tem influência portuguesa, indígena e negra nas manifestações culturais.

A escolha se deu por características políticas, com trajetória de esquerda, onde tem administração do Partido dos Trabalhadores (PT) desde 2005 e fortes investimentos nas políticas sociais, em especial na área da saúde, com ênfase na Atenção Básica (AB) e com organização pela Estratégia Saúde da Família, além das experiências de gestão participativa, tais como: o orçamento participativo, conselhos gestores e conselhos municipais e locais, especialmente com a trajetória histórica de formação dos Conselhos Locais de Saúde referência na Bahia.

Para a coleta dos dados foram utilizados diversos instrumentos de pesquisa, como a observação participante direta, anotadas em diário de campo do pesquisador, realizada na participação das reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Locais de Saúde. A participação na reunião era dívida em três momentos: apresentação e debate da pesquisa, aplicação do questionário com todos os conselheiros presentes e agendamento da entrevista com quatro conselheiros de cada CLS, algumas vezes na mesma visita, mas outras vezes necessitava de outras agendas para complementar as entrevistas, segundo disponibilidade dos conselheiros.

Os questionários tiveram a finalidade de conhecer o histórico e construir o perfil dos conselhos e conselheiros-sujeitos com dados quantitativos dos membros, como: escolaridade, perfil socioeconômico, outros espaços de participação, renda, escolaridade, filiação partidária, outros espaços de formação, análise de documentos para a pesquisa bibliográfica, como a lei municipal, as resoluções, as atas e o regimento interno dos Conselhos Locais de Saúde, entre outros; e por último, a entrevista semiestruturada, realizada com alguns membros dos quatros CLS e equipe de gestão da Secretaria da Saúde. Para tanto, foi utilizado um equipamento eletrônico de gravação para as entrevistas, juntamente com anotações, a fim de captar elementos que contribuíssem para atingir os objetivos da pesquisa.

A amostra foi composta por 4 Conselhos Locais de Saúde, distribuídos em quatro bairros diferentes de Camaçari, dois deles com funcionamento em Unidades de Saúde da Família e dois em Unidades Básicas de Saúde. Somaram-se 45 conselheiros locais que responderam aos questionários da pesquisa, uma representação de 10% do total de conselheiros cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde. Desses, 16 participaram das entrevistas realizadas no período de 18 de março a 14 de junho de 2011.

A escolha dos conselhos aconteceu em conjunto com a Coordenação do Controle Social ligada à Secretaria da Saúde e teve como critérios: os Conselhos Locais de Saúde já em funcionamento; os Conselhos Locais de Saúde com mais tempo de formação e reconhecidos como referência histórica de participação – a exemplo do CLS da comunidade da GLEBA E e Verde Horizonte e; os CLS que estavam em processo de eleição da mesa diretora ou retomando à mobilização, a exemplo dos CLS das comunidades Vila de Abrantes e Piaçaveira.

No tratamento dos dados foi utilizada a abordagem da análise de conteúdo. A análise dos dados das entrevistas busca desvendar as significações de diferentes tipos de discurso, baseando-se na inferência ou dedução, mas que, simultaneamente, respeita os critérios específicos propiciadores de dados em frequência, estruturas temáticas, entre outros. Alinhando-se à confirmação de fatos e riqueza de ações pedagógicas, esse método é defendido por Bardin (1988, p.15) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Para Santos (2009), a triangulação de técnicas de pesquisa é um procedimento que possibilita a ampliação de perspectivas. Pode-se integrar, por exemplo, num mesmo estudo, a pesquisa documental, os dados estatísticos, a coleta via questionários e incluir, concomitantemente, a análise de conteúdo de depoimentos colhidos através das entrevistas. Dessa forma, a multiplicidade de técnicas pode propiciar um conhecimento mais aprofundado do objeto de pesquisa e um grau maior de cientificidade.

Quanto aos dados quantitativos relacionados ao questionário, foram analisados e tratados pelo programa *Epinfo*, versão 6.04, para depois apresentação dos resultados na forma de tabelas e gráficos, triangulados com trechos dos depoimentos dos entrevistados.

Ressalta-se que foram resguardados os aspectos éticos e legais estabelecidos pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Ministério da Saúde, que regulamenta a prática de pesquisa envolvendo seres humanos. Os sujeitos da pesquisa tiveram o livre arbítrio em participar, fornecendo seu consentimento livre e esclarecido, em que foram certificados que não haveria risco à saúde. Também foram

resguardados o sigilo e o anonimato dos participantes, inclusive todos os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes de plantas nordestinas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado em 06 de abril de 2011, com base na Resolução supracitada (APÊNDICE II).

A pesquisa apresentou nesta seção, Capítulo I, a introdução com a justificativa, histórico pessoal, problemática da participação popular no SUS, os motivos que levaram ao desenvolvimento deste estudo, os objetivos e os caminhos metodológicos percorridos.

No Capítulo II é descrita a teoria da democracia participativa na luta pela cidadania, em seguida os espaços de participação popular no Sistema Único de Saúde, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

No Capítulo III encontra-se uma teorização dos movimentos sociais que levaram à constituição da educação popular e, em seguida, o diálogo com a matriz da educação popular no campo da saúde.

No Capítulo IV apresenta-se a análise dos resultados, a partir da pesquisa de campo com os conselheiros locais de saúde em Camaçari-Bahia, em que foram realizadas algumas considerações que apontam para o final desta pesquisa, abrindo para novas possibilidades de diálogos.

Por fim, são apresentadas as Considerações Finais do estudo.

CAPÍTULO II - DEMOCRACIA, CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS ESFERAS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE

A Democracia e a Construção da Cidadania

A construção da cidadania no Brasil através de uma democracia mais ampla tem sido um grande desafio e tema de lutas e debates em nosso país. Os limites da democracia política também são claros no seio da sociedade. Outros devem ser tomados, como já debatia Luiza Erundina na maior cidade do país na década de 90: “A democracia representativa não é mais suficiente para o pleno exercício da cidadania política, há de se ter maior participação popular” (ERUNDINA, 2011).

Os estudos de Dagnino (2004) também refletem os dilemas da construção da cidadania no Brasil:

O processo de construção democrática enfrenta hoje no Brasil um dilema cujas raízes estão na existência de uma confluência perversa entre dois processos políticos distintos. De um lado, um processo de alargamento da democracia, que se expressa na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões e políticas públicas. O marco formal desse processo é a Constituição de 1988, que consagrou o princípio de participação da sociedade civil. As principais forças envolvidas nesse processo compartilham um projeto democratizante e participativo, construído desde os anos oitenta ao redor da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia. Esse projeto emerge da luta contra o regime militar empreendida por setores da sociedade civil, entre os quais os movimentos sociais desempenharam um papel fundamental (DAGNINO, 2004, p. 93)

Fleury (2009) defende que na teoria do ator proposta por Tourraine, a democracia deve se combinar um princípio de individualidade (liberdade) com um princípio de particularismo (cultura) e com um princípio universalista (razão).

A arquitetura da modernidade baseou-se no individualismo como um substrato da ordem econômica e fundamento da legitimação do exercício do poder político, mantendo a tensão permanente entre a subjetividade individual, a construção do Estado e de outras organizações coletivas, buscando no princípio da cidadania o mecanismo de regulação dessa tensão.

Se o alargamento da cidadania abriu horizontes para o desenvolvimento da subjetividade, esse processo também gerou condições disciplinares de normalização e negação das diferenças, retirando, assim, o potencial emancipatório da luta pela ampliação da esfera pública (FLEURY, 2009).

A ideia do sujeito pleno como aquele que reclama o controle sobre sua vida não subsumi a autonomia ao individualismo, pois a transcendência do sujeito se baseia em suas características de universalidade e diversidade, além de dignidade e capacidade. Nesse sentido, a construção da subjetividade se dá dentro das normas vigentes que definem parâmetros sociais de dignidade e se aplicam à vida individual e coletiva. O sujeito é parte de um mundo social baseado em regras de conduta morais e legais que organizam as relações de poder.

Há necessidade de maior participação dos jovens nos CLS, além dos senhores e senhoras. O Conselho é um grande instrumento na mão do cidadão, sabendo usar, teremos benefícios para a comunidade. (CACTO- conselheiro da UBS GLEBA E, usuária).

Na construção democrática ampla, Fleury chama atenção para o fato de que o sujeito é parte de um entorno político e, portanto, pode participar do exercício, da produção e da legitimação de suas regras. Mais importante ainda, as regras só são legitimadas com o acordo social, o que pressupõe a existência dos sujeitos. No entanto, a existência de diferenças e conflitos sociais em uma comunidade política de cidadãos, onde a norma estabelece as condições de igualdade e inclusão, dá lugar às disputas pela boa ordem (FLEURY, 2009).

No pensamento de muitos pesquisadores que estudam a mudança para uma sociedade socialista, com maior democracia, a radicalização da democracia só pode ser levada a cabo a partir da perspectiva de constituição de novos sujeitos políticos que subvertam sua posição subordinada. A ruptura é, pois, a própria subjetivação, desde que seja capaz de tematizar a opressão.

Esse processo fundado na dinâmica da vida social não pode prescindir do Estado como um campo estratégico de lutas. No entanto, não se propõe que a mediação socialdemocrata da cidadania seja capaz de abrir o caminho de um processo emancipatório. Ou seja, nem se pode construir subjetividades de forma administrativa, nem desconhecer o fato de que as lutas populares possam chegar a ocupar certas posições no Estado, o que não implica um rompimento da seletividade estrutural das políticas públicas. A cidadania, como imaginário jurídico-político igualitário, inaugura um campo de lutas pela atualização dos direitos sociais e permite a disputa por um conteúdo que vai desde a normalização burocrática até a construção de identidades emancipatórias.

A instigante afirmativa sobre a importância dos milagres na história da humanidade considera o homem como um ser extraordinariamente dotado para fazer milagres, já que, com sua ação sobre a realidade, podem irromper processos inexplicáveis dentro de uma lógica causal dos acontecimentos previsíveis. Para Fleury, cada homem ao nascer é considerado um

novo início e, através do seu dom de agir, ele pode transformar a sua realidade (FLEURY, 2009).

Para Santos (1994), a tensão permanente entre a subjetividade dos agentes sociais e o poder regulador do Estado, mesmo sendo constante, varia em sua dinâmica, caracterizando diferentes fases da modernidade capitalista. Essa tensão é mediada pela cidadania que de um lado reduz o poder do Estado e, de outro, universaliza e iguala os indivíduos, permitindo um maior controle social. Ao mesmo tempo em que a igualdade da cidadania enriqueceu a subjetividade, ela tendeu a fortalecer o poder normalizador do Estado do bem-estar, em detrimento do reconhecimento e aceitação das singularidades. Mas, ainda, a igualdade proposta pela cidadania para a esfera pública não se transmitiu às esferas da produção e da reprodução, da empresa e da família, considerados universos privados e, intrinsecamente, desiguais (BAQUERO, 2009).

Neste sentido, o imaginário igualitário da cidadania e a sua mediação entre os indivíduos e o Estado constituem-se em um espaço estratégico de luta pela articulação dos conflitos que, na atualidade, apresentam-se de forma fragmentada, diversificada e plural (FLEURY, 2009). Torna-se necessária a compreensão da dinâmica da sociedade atual como produtora de mecanismos de estabilização da dominação, que opera uma fratura sociopolítica entre os cidadãos incluídos na comunidade, de sentidos e de direitos, e aqueles que são por ela excluídos.

Em sua última obra, Poulantzasa (1980) apud Fleury (2009) discute as relações entre o Estado, o poder e o socialismo a partir da necessidade de se compreender a via democrática para o socialismo e a construção de um socialismo democrático onde haja uma transformação radical do Estado, que articularia a ampliação e o aprofundamento das instituições da democracia representativa e das liberdades (conquista das massas populares) ao desenvolvimento das formas de democracia direta na base e a proliferação de focos autogestores (FLEURY, 2009).

A Democracia e a Participação Popular

É preciso uma superação da cultura política de subalternidade predominante na nossa sociedade para um processo contínuo de informações e formação sociopolítica, que leve em conta a realidade local e a sua articulação com determinantes macroeconômicos e políticos, com vistas às necessidades das transformações sociais. Assim como aparece na fala de uma profissional da unidade básica de saúde (UBS):

Acabar divergência entre o posto e a comunidade, com a possibilidade de estreitar relação entre trabalhadores e usuário. Também trazer mais atributos pela unidade de saúde (ARRUDA – representante dos trabalhadores).

Do ponto de vista da cultura política latino-americana, resultados de pesquisas realizadas nas últimas duas décadas têm mostrado que, para amplos setores da população, a democracia representativa aparece como uma instituição sem legitimidade, pois consideram que este tipo de regime não tem conseguido melhorar as condições de vida das pessoas (BUNGER, QUINTERO apud BAQUERO, 2009). Desse modo, os aspectos substantivos da democracia, como a confiança recíproca e a solidariedade, precisam ser considerados. A mera existência de crescimento econômico dentro do mesmo modelo (neoliberal) reproduz os esquemas de concentração de renda existentes e os vícios da política tradicional, como o clientelismo, o patrimonialismo e o personalismo.

No discurso e nos movimentos amplos de participação, as novas democracias se mostram comprometidas com a democratização da sociedade, a redistribuição do poder e com o processo de empoderamento dos cidadãos, mas, na realidade, utilizam práticas políticas que reduzem a pressão interna por uma maior democratização.

Parece que o conceito de empoderamento de classe, proposto por Freire (1991), pode constituir o elo que faltava para conectar iniciativas formais de democracia representativa, com dispositivos informais de democracia direta, que possibilitem o estabelecimento de uma democracia plena.

Implica, essencialmente, obtenção de informações adequadas, um processo de reflexão e tomada de consciência de sua situação atual, uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve somar-se uma mudança de atitude que impulse a pessoa, grupo ou instituição para uma ação prática, metodológica e sistemática, no sentido dos objetivos e metas traçadas, abandonando-se a postura antiga meramente reativa ou receptiva (FREIRE, 1991).

Compreender esta participação pressupõe entender que, no caso brasileiro, ela foi se tecendo dentro de um complexo processo de construção da cidadania perpassado por tradições estadistas, centralizadoras, patrimonialistas, portanto, por padrões de relação baseados na tutela, no clientelismo e no patrimonialismo político, pertinentes não somente ao âmbito político, mas também ao conjunto das relações sociais (GUAZARDI; PINHEIRO apud SOUSA, 2009). Logo, o princípio da gestão participativa apresenta entraves significativos para sua concretude.

Em primeiro lugar, observa-se que a noção de participação não apresenta um significado único. Ao contrário, sua polissemia tem provocado um intenso debate na literatura especializada em ciência política, movimentos sociais, desenvolvimento e política de saúde. Alguns autores tentaram classificar a natureza dos processos participativos por meio de

tipologias que categorizam os tipos de envolvimento dos participantes no processo de decisão política (LEE; MILLS, 1985 apud CÔRTEZ, 2009b), as diferentes atitudes ou propósitos das instituições ao promover processos participativos (HAM, 1980; PAUL, 1987 apud CÔRTEZ, 2009b) e os diversos graus de envolvimento dos participantes (ARNSTEIN, 1969 apud CÔRTEZ, 2009b).

As classificações admitem ser teoricamente possível a existência de um processo participativo que provoque repartição de poder. Este é o caso das noções de colaboração, de negociação e de participação, na tipologia de Lee e Mills (1985 apud CÔRTEZ, 2009b). É igualmente o caso do conceito de negociação, de acordo com a definição de Ham (1980 apud Souza, 2009), dos projetos ou políticas que visem ao empoderamento, segundo Paul (1987), e dos três degraus finais da clássica “escada da participação”, construída por Arnstein (1969). Aqui, entretanto, utiliza-se o termo participação no mesmo sentido que Lee e Mills (1985 apud CÔRTEZ, 2009b) atribuem à noção de envolvimento: como conceito genérico que deve ser qualificado para que se elucide os diversos graus ou tipos de participação. A fala de um usuário entrevistado pode mostrar o grau desta participação:

Ouvir as pessoas, a gestão pública, as dificuldades, conhecer de perto, enxergar de forma diferente. A sociedade civil tem que estar perto da gestão pública, com consciência maior dos problemas. São várias frentes para melhorar a qualidade de vida do povo (JUAZEIRO – representante dos usuários no CLS).

O pressuposto subjacente à ideia do progresso da democracia acontece com base na ideia de que a maior participação dos cidadãos na política produz governos mais responsivos e responsáveis, porque são eficientemente fiscalizados pela cidadania. Igualmente, as demandas sociais encontram respostas por parte dos gestores públicos em forma de políticas públicas. Esse processo, além de gerar um círculo virtuoso da democracia, gera mais legitimidade do regime democrático. Como cita Freire:

Mesmo quando você se sente, individualmente, mais livre, se esse sentimento não é um sentimento social, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade. (FREIRE apud BAQUERO, 2009, p. 130).

Embora o autor reconheça a importância do empoderamento individual, fundado numa percepção crítica sobre a realidade social, ressalta que tal aprendizagem precisa ter relação com a transformação mais ampla da sociedade. A pergunta que se coloca, segundo Freire e Horton (apud BAQUERO, 2009, p. 136), é “[...] a favor de quem e contra quem eles usam sua nova liberdade na aprendizagem e como é que essa se relaciona com os outros esforços para transformar a sociedade? ”.

Essa iniciativa visava a uma articulação orgânica entre a democracia formal representativa e os dispositivos de democracia direta, que emanam de uma cultura política associativa.

O propósito a ser alcançado era articular os princípios da democracia formal/legal que estabelecem os limites dos direitos e deveres dos cidadãos, com formas alternativas de ingerência política. Tratava-se da efetividade do regime democrático em proporcionar um bem-estar universal com qualidade de vida, ou seja, o Estado garantiria o acesso à educação, à moradia, à saúde, ao transporte e à segurança para todos os cidadãos. Esse processo solidificaria a justiça social, fomentando o bom funcionamento do contrato social.

O Processo Democrático na Saúde Pública Brasileira

No Brasil, na década de 1970, os movimentos sociais expressavam a ideia de oposição institucional buscando articulação para garantias de direitos sociais, entre eles, direitos pela saúde. Já na década de 1980, o movimento social e sua participação eram interpretados como inovadores da cena política, surgindo como formas de pressionar o Estado a realizar suas tarefas no campo social (VALLA, SIQUEIRA, apud SOARES et al, 2009). Expressavam novas identidades sociais e políticas que se opunham à política e às interpretações tradicionais da sociedade, em busca de autonomia. Surgia neste cenário, como resultado do trabalho de “articuladores sociais”, que se relacionavam com técnicos na burocracia pública, ou ainda como parte de um movimento social de caráter amplo e genérico, que logrou inscrever sua participação no plano político e institucional da sociedade, a chamada “transição democrática” da sociedade brasileira (ADORNO apud SOARES et al, 2009).

No sentido de extensão dos direitos, e enquanto participantes da política social do Estado, os movimentos sociais são interpretados como interlocutores que passaram a ser reconhecidos pela burocracia estatal, levando igualmente à formação de novas identidades que incorporariam aspectos da sociabilidade local à esfera pública (SOARES et al, 2009).

A saúde pública brasileira é uma política social em que as classes subalternas têm retrocessos e avanços na democracia brasileira, a partir das mudanças econômicas e da institucionalização social na gestão das políticas sociais, com exigência permanente de movimento da luta pelas suas conquistas.

A inclusão da participação social como eixo central do sistema público de saúde transpõe a mera expansão do direito à saúde e da reforma setorial, atingindo uma concepção da democratização social. A saúde passa a ser vista como potente conteúdo de transformação

e rompimento cultural, com uma democracia representativa e de decisões verticalizadas (FLEURY apud SOARES, 2009).

Para efetivação legal da participação social na saúde podemos citar o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que teve sua expressão popular na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo relatório originou o artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988, que afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e o artigo nº 198 que contempla o direito da “participação comunitária” (BRASIL, 2011).

Depois, no processo de consolidação, vieram a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamentou o SUS quanto às ações e aos serviços, princípios e diretrizes, competências, financiamento, funcionamento e atribuições, e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, inicialmente vetada, que representou um marco para a efetivação da participação social na saúde, criando os Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias vitais para o exercício do controle social no SUS, sendo responsáveis pela formulação, fiscalização e deliberação das políticas de saúde (BRASIL, 1990a; 1990b).

A Reforma Sanitária buscava uma transformação da relação entre Estado, classe e grupos sociais, visando ao acesso universal e gratuito de um serviço público nacional de saúde (PINTO; LOPES apud RIBEIRO, 2010).

A Descentralização do Poder na Saúde: Conferências e Conselhos de Saúde

A Constituição Federal de 1988 catalisou, como parte do processo de redemocratização brasileira, um regime político no qual os cidadãos teriam papel ativo e protagonista na gestão pública, por meio da criação de Conselhos de Gestão, vinculado às políticas setoriais diversas.

Essa iniciativa visava a uma articulação orgânica entre a democracia formal representativa e os dispositivos da democracia direta, os quais emanam de uma cultura política associativa.

Desde o segundo período do governo Vargas, em 1950, estabeleceu-se uma tensão entre o projeto nacional e o desenvolvimentista. Precisamente em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, com uma tendência à descentralização e à hierarquização, com prioridade à atenção primária, iniciando nesse momento a discussão pela efetiva descentralização das políticas sociais (CAMPOS, apud RIBEIRO, 2010).

Por tanto, a população brasileira, em especial os movimentos sociais, junto aos trabalhadores de saúde, aos gestores e à universidade conquistaram na Constituição o direito

da gestão participativa e a institucionalização da participação comunitária, seja nos espaços das Conferências de Saúde, seja nos espaços dos Conselhos de Saúde. Estes funcionam obrigatoriamente a nível federal com o Conselho Nacional de Saúde, na esfera Estadual, com os Conselhos Estaduais de Saúde e, também, na esfera municipal com os Conselhos Municipais de Saúde. Também prever a descentralização com os Conselhos Gestores e Conselhos Locais de Saúde. Como pode ser visto no texto da Lei nº 8.142/1990, que define:

O Conselho de Saúde tem 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 de governo (BRASIL, 1990b).

Os Conselhos de Saúde são formados por representantes dos usuários (50%), dos trabalhadores da saúde (25%) e por representantes do Governo e de prestadores de serviços da saúde (25%), conforme a Resolução do Conselho Nacional da Saúde nº 333, de 4 de novembro de 2003 (SOUZA, 2009). No entanto, observa-se que as propostas participativas não conseguem materializar as conquistas instituídas no plano legal, levantando dúvidas sobre a efetiva democratização que os espaços institucionalizados promovem na gestão pública. Isto garante a composição paritária dos Conselhos de Saúde, correspondendo 50% de representação de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. Suas reuniões acontecem mensalmente ordinariamente ou extraordinariamente.

Já as Conferências de Saúde são espaços paritários que acontecem a cada quatro anos, convocadas pelos respectivos conselhos de saúde ou pelos gestores, com o objetivo de impulsionar e buscar a efetividade dos princípios e das diretrizes do SUS, avaliar e propor novas diretrizes para as políticas de saúde nos municípios, estados e no país, bem como fortalecer a participação popular e o controle social.

O papel que cada “processo conferencista” pode ter na área de saúde, em grande parte, é definido pelos conflitos que se explicitam e pelas articulações que se realizam entre atores por meio dos limites administrativos que separam cada um desses espaços decisórios. Entretanto, os estudos têm apontado alguns papéis recorrentes dos “processos conferencistas”. Já Escorel e Bloch apud Côrtes (2009, p. 108) destacam que as Conferências conferiram

[...] a legitimidade necessária para as políticas de saúde, mas também, e principalmente, [colaboraram para] a constituição de uma arena democrática de debate com influência em outras áreas governamentais que também realizam conferências.

Outros autores salientam o papel democratizante e também, indiretamente, de legitimidade que o “processo conferencista” concede às decisões ali tomadas, sempre em defesa dos princípios do SUS (LUZ et al apud CÔRTEZ, 2009).

A identificação desse papel supostamente exercido pelas Conferências de Saúde não é, no entanto, resultado de pesquisa empírica específica a respeito da questão, mas sim de interpretações resultantes de observações não-sistemáticas sobre as dinâmicas de trabalho adotadas nos “processos conferencistas”, o perfil de seus participantes e as disposições legais e administrativas que estabelecem os parâmetros para o seu funcionamento.

Tal realidade está conectada a um contexto marcado, principalmente nos anos 1990, por políticas neoliberais, privatizantes e de mercado, atingindo as políticas públicas através das noções de redução do papel do Estado, de modo a diminuir a demanda social desse, sob a retórica de ampliação da participação da sociedade civil (TEIXEIRA apud SOUSA, 2009).

Na Constituição Federal de 1988, a área da saúde foi pioneira na implementação desses dispositivos, institucionalizando, inicialmente, pela regulamentação da Lei Orgânica nº 8.080/1990, que trouxe os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação social e, em seguida por meio da Lei nº 8.142/1990, que regulamenta o controle social no SUS, com a criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde como foros de participação na gestão do SUS em todas as esferas de Governo.

A Lei Orgânica da Saúde e a Norma Operacional Básica (NOB/96) foram também responsáveis pelo processo de descentralização dos recursos da saúde para os estados e municípios, criando um incentivo financeiro para os municípios, inicialmente para financiar a Política de Atenção Básica, repassado pelo ente Federal para as equipes de Saúde da Família e equipes de Agentes Comunitários de Saúde, que eram no início pensadas para atender às populações de baixa renda.

Aperfeiçoar esse processo garantido em leis, regulamentos e normas é um desafio constante. A ampliação da representatividade e da legitimidade da participação, a diminuição de posturas corporativas e a criação de condições para análise e avaliação da adequação de propostas políticas estão associados à capacidade da sociedade civil de constituir organizações combativas em torno de seus interesses. Isso organizado com os movimentos sociais e olhando para resolução dos problemas coletivos a partir do debate colegiado.

Ao mesmo tempo surgem muitos questionamentos, como: até que ponto os Conselhos de Saúde se constituem como instrumentos de controle social e de participação? Ou têm sido controlados pelo Poder Executivo? Desafios esses colocados desde a institucionalização destes espaços de participação.

A XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no ano 2000 já colocava como desafio “os processos de capacitação dos diferentes agentes sociais devem estar a uma formação crítica (política e ideológica), ampliando, assim, a consciência política e a participação popular, objetivando torná-lo agentes transformadores da sociedade”.

Outro importante desafio sempre foi a participação paritária de usuários e os demais segmentos e o caráter deliberativo atribuído ao Conselho sobre a política de saúde e o acompanhamento dos recursos que abriram a possibilidade de socialização entre Governo e segmentos da sociedade.

Gohn (2007) defende que mesmo sabendo que a capacitação de conselheiros não levará à superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação – pois tal realidade tem determinantes bem maiores – poderá proporcionar ao conselheiro – dependendo da maneira como for conduzida – um maior acesso às informações diversas e ao desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios.

Outro desafio é o conselheiro não conhecer a dimensão do caráter deliberativo do Conselho, não compreendendo, inclusive, o seu papel.

Os objetivos dos Conselhos de Saúde são analisar, fiscalizar, acompanhar e deliberar sobre as políticas estatais a serem implementadas. Para Gramsci apud Sales (2006), a urgência da concretização de uma nova hegemonia que coloque os homens e mulheres como “os artífices conscientes da história, e não medida em que os seus princípios, isto é, seus ideais centelhas que brotam das lutas sociais, são precisamente estímulos a práxis que, mediante a sua ação, se subverte”.

A ampliação dos espaços democráticos veio a partir da universalização de direitos e como dever do Estado. Como espaços democráticos de gestão do que é público, os Conselhos, apesar de suas contradições e fragilidades, têm sua importância, principalmente, num país como o Brasil, em que a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população.

Historicamente, a categoria 'controle social' foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia. (BRAVO, 1999, p. 83).

Os diversos atores sociais e políticos, implicados com a construção do SUS e embalados pelo ideário de transformação social constitutivo do histórico do movimento sanitário e reivindicando-se como herdeiros do mesmo, produzem diversas propostas educacionais para a saúde, que trazem no seu enunciado a ideia de educar com o objetivo de produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde (FRANCO, 2007, p. 430).

Na medida em que a democracia representativa não tem conseguido resolver o problema da participação popular ampla, uma das preocupações das ciências sociais tem sido avaliar o grau de envolvimento e de participação dos cidadãos na política por meio de organizações alternativas.

Há um consenso, nessa perspectiva, de que a existência de mecanismos formais da democracia não é suficiente para garantir um maior e melhor protagonismo dos cidadãos. A menos que os cidadãos confiem nas instituições políticas e participem de atividades de natureza política, além dos dispositivos convencionais, a democracia pode-se restringir a sua dimensão eleitoral ou procedimental.

Nos estudos de Calderón (2009, p. 85), a construção da cidadania nos Conselhos de Saúde traz mudanças na postura política da América Latina, como a citação abaixo:

El fortalecimiento de un ciudadano autónomo y activo. Es de gran importancia fortalecer y legitimar las prácticas de una ciudadanía más activa y autónoma por parte de los ciudadanos. Buscar que ellos sean más informados y arraiguen mejor su autonomía y libertad, fortalecer su capacidad de hablar y de ser escuchados. Los partidos políticos ya no pueden imponerse sin escuchar, gobernar sin convencer y deben responder cada vez más a exigencias de verdad, transparencia y respeto al ciudadano. Es fundamental la renovación de los sistemas de representación y actuación política, dado el surgimiento y establecimiento de esta ciudadanía autónoma y activa, y la apertura de espacios políticos deliberativos.

Nas palavras de Freire e Shor (apud BAQUERO, 2009):

A questão do *empowerment* da classe social envolve a questão de como a classe trabalhadora, através de suas próprias experiências, na sua própria construção de cultura, se empenha na obtenção do poder político. [...]. Indica um processo político das classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta (p. 138).

A qualidade democrática no campo da participação política popular diz respeito à estimulação da participação mais efetiva dos cidadãos, sem que isso signifique a substituição dos organismos convencionais de mediação política da democracia representativa. Esse objetivo seria alcançado pela construção de formas alternativas de participação popular, mediante: (1) a potencialização do papel da vida associativa dos cidadãos com uma conduta mais ética e cívica; e (2) a articulação de um conjunto de normas estabelecidas pelo Estado,

que estimulem as associações para um comportamento mais solidário (TEZANOS apud BAQUERO, 2009).

Quando se fala em ampliar a capacidade capilar de participação popular, pensa-se no desafio de descentralização que vem acompanhando a rede de saúde do SUS, como a construção dos Conselhos Locais de Saúde nas unidades de saúde da família.

Com o processo de descentralização e de municipalização surgiu a necessidade de incorporação de novos sujeitos sociais ao sistema de decisões. Para isso, além dos conselheiros municipais de saúde, fazem parte desse cenário os conselheiros locais de saúde. A formação dos Conselhos Locais se consolidou a partir das VIII, IX e X Conferências Nacionais de Saúde. A sua constituição se dá pela aprovação do seu regimento pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e sua formação segue a mesma representação do CMS (LOPES; ALMEIDA apud RIBEIRO, 2010).

Este movimento encontra-se ligado à descentralização dos serviços de saúde. Segundo a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), esta tem um sentido mais abrangente possível, sendo, acima de tudo, área norteadora tanto de princípios doutrinários quanto técnico-operacionais de reorganização e do modo de atuar em saúde no SUS. Essa Política tem ainda a responsabilidade de ser o campo privilegiado para a prática das ações intersetoriais e de lançar as bases para uma sociedade saudável, democrática e participativa. A mesma Portaria chama a atenção para que a AB utilize as tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, como também ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A AB e os CNS possuem espaços potenciais para se analisar o controle social da unidade básica de saúde, a AB por ser um nível de atenção com maiores possibilidades de incorporação da discussão sobre a determinação social do processo saúde – doença. E o Conselho Nacional de Saúde (CNS) por ser o espaço para a participação e a decisão sobre as políticas de saúde de nível nacional e de controle social no SUS.

Sem assumir a carga normativa aferida ao conceito, este trabalho considera que a sociedade civil e seus atores seriam diferentes do Estado, do mercado e de seus atores. Os atores estatais e de mercado seriam compelidos a agir em ambientes regidos pelo poder e pelo

dinheiro, enquanto o mesmo não aconteceria com os atores sociais (COHEN, 2004 apud CÔRTEZ, 2009).

Segundo Cohen (apud CÔRTEZ, 2009, p. 104), os atores sociais não visam a tomada do poder do Estado ou a organização da produção, mas sim “[...] exercer influência por meio da participação em associações e movimentos democráticos”. Atores de mercado buscam controlar e administrar a produção, maximizar os seus lucros no ambiente de trocas mercantis. Os decisores econômicos, por mais que discutam problemas e questões, como os impactos sociais ou ambientais de ações empresariais ou decisões estatais, não podem se furtar dos imperativos da produtividade e do lucro. O sentido principal de suas ações políticas seria guiado por tais imperativos.

Segundo González (2000 apud BAQUERO, 2009, p. 138), a participação nos Conselhos apresenta obstáculos que impossibilitam uma deliberação equitativa, na medida em que não conseguem resolver problemas que envolvem interesses antagônicos e/ou irreconciliáveis. De maneira geral, a presença desses fatores redundam no esvaziamento da dimensão deliberativa.

CAPÍTULO III – OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Os Movimentos Sociais em Diálogo com as Políticas de Saúde

A expansão da Estratégia Saúde da Família, ao colocar profissionais mais próximos ao cotidiano da população, possibilita que muitas iniciativas locais de saúde comecem a ganhar novamente uma maior visibilidade no Movimento Sanitário. Em muitos municípios, onde há gestores orientados pela educação popular, o SUS vem possibilitando a emergência e expansão de práticas de saúde construídas de forma dialogada entre população e os profissionais de saúde, que vêm surpreendendo pelo alcance.

O estudo de Gramsci apud Vasconcelos (2009) já referia que em sociedades capitalistas complexas funcionavam “aparelhos privados de hegemonias”, organizações responsáveis pela elaboração e difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura, saúde etc. (COUTINHO apud VASCONCELOS, 2009).

Segundo Boneti (2007, p. 56), os movimentos sociais são manifestações coletivas, organizadas, de protesto, de reivindicação, luta armada ou um simples processo educativo. Entende-se que qualquer manifestação ou ação coletiva que se apresente com o objetivo de interferir numa ordem social possa ser chamada de movimento social.

Caldart (2004, apud SCHERER-WARREN, 2007, p. 203) traz que o olhar do movimento social como sujeito pedagógico significa retornar uma vez mais à reflexão como formação humana e suas relações com a dinâmica social em que se insere. O que, em outras palavras, significa discutir e entender a relação entre os movimentos sociais e a cultura política, a democracia, a economia popular, a territorialização e a especialização dos movimentos, como também a história de vidas das pessoas.

Vasconcelos (2007) argumenta que os movimentos sociais podem favorecer o processo de ampliação e alargamento das práticas democráticas no tecido social, na medida em que evidenciam as contradições sociais em forma de denúncias e reivindicações na esfera pública, propondo soluções que resultam no aprofundamento da “socialização da política da igualdade social”.

Calado (2007), com base em outros autores, como Scherer-Warren (1989) e Gohn (1997), relata que continua entendendo como um movimento social aquele sujeito coletivo

integrante da sociedade civil que, a partir de suas diferentes motivações e horizontes, orienta suas atividades conforme o seu perfil próprio ou a sua identidade (sempre em construção), visando a alcançar os seus objetivos de manter, reforçar ou mudar, em parte ou no todo, a ordem estabelecida. Assim, como aparece na fala de um usuário da pesquisa:

Estas são outras frentes onde estou envolvido: com sindicatos, associação de moradores, também como presidente de clube de futebol, com ONG, Conselho da Criança e Adolescente, Conselho de Segurança, Fórum Baiano de Combate à Tuberculose (JUAZEIRO – usuário).

A importância da sociedade civil se faz nesse contexto, não apenas para ocupar espaços antes dominados por representantes de interesses econômicos, encravados no Estado e seus aparelhos, mas para democratizar a gestão pública, para inverter as prioridades da administração no sentido de políticas que atendam apenas às questões de emergência, a partir de espólio de recursos miseráveis destinados às áreas sociais. Os novos atores que emergiram na cena política necessitam de espaços na sociedade civil – instituições próprias para participarem de novos pactos políticos que redirecionem o modelo político vigente.

O caráter inovador dos movimentos sociais está exatamente em colocar na agenda de discussão temas que valorizam a vida e estimulam o exercício da liberdade, como direitos humanos, igualdade, justiça, respeito à dignidade humana, acesso a direitos, pertencimento, reconhecimento, solidariedade etc.

Gohn (2007) aponta os vários movimentos identificados nos eixos temáticos de envolvimento nas lutas dos movimentos sociais, entre eles a saúde:

1. Movimento ao redor da questão do SUS;
2. Movimento das conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde;
3. Movimento dos agentes comunitários de saúde;
4. Movimento dos portadores de necessidades especiais;
5. Movimentos dos portadores de doenças específicas: insuficiência renal, lúpus, mal de Parkinson e de Alzheimer, câncer, doenças do coração etc.

A luta pela saúde pública no Brasil trouxe junto um grande movimento criado dentro das universidades, na esfera dos gestores, exemplo dos Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho de Secretários Estaduais (CONASS), bem como os movimentos populares, tais como o MOPS (Movimento Popular em Saúde) e ANEPS (Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde) e, ainda, as várias organizações de usuários e familiares ligados às diversas patologias.

Quando se fala da relação entre movimento social e educação, trabalha-se com um conceito amplo de educação, que envolve campos diferenciados da educação formal, informal e não formal (GOHN, 2007). O campo dos movimentos sociais – como uma área de aprendizagem – envolve ações tanto na educação formal (usualmente como a luta pela escola ou educação escolar), como na educação não formal (aprendizagens obtidas pela experiência de participar em movimentos, conselhos, projetos, programas sociais, lutas por direitos e cidadania em geral).

Esses movimentos são fontes e agências de produção de saberes. O tema dos direitos é fundamental porque ele dá universalidade às questões sociais, aos problemas econômicos e às políticas públicas, atribuindo-lhes caráter emancipatório. É a partir dos direitos que se faz o resgate da cultura de um povo e de uma nação, especialmente em tempos neoliberais que destroem ou massificam as culturas locais, regionais ou nacionais.

Boneti (2007) coloca que em cada momento histórico, os movimentos sociais se expressam de forma diferente, buscando a construção de uma ordem a partir de uma realidade também diferente. Nesse sentido, o caráter do Estado em cada momento, a ordem econômica, as relações culturais etc., são elementos que explicam a origem dos movimentos sociais. Assim, o momento histórico e as problemáticas de cada época, a partir das quais nascem os movimentos sociais, diferenciam os processos educativos envolvidos nesses movimentos.

A Educação Popular e os Movimentos Sociais na Construção do Sistema Público de Saúde no Brasil

A luta pela saúde no Brasil passa e se confunde com as lutas pelos direitos sociais e pelos caminhos dos movimentos sociais organizados por todo o país. Historicamente, a Educação Popular (EP) tem contribuído com os movimentos de formação dos movimentos sociais e de participação na esfera institucional e teórica e, em especial, na construção do sistema público de saúde no Brasil.

Essa educação popular é construída com sua dimensão ética do diálogo, que forja um sistema aberto de ensino aprendizagem, cuja filosofia convida outros valores éticos para expressar o seu fazer. Além disso, aponta para uma teoria do conhecimento referenciada na realidade em um procedimento da razão, em forma de intersubjetividade, expressando a intersecção do mundo objetivo das coisas, do mundo social das normas e do mundo subjetivo dos afetos – a linguagem – cobrando uma teoria da comunicação (MELO NETO, 2008).

Estudar a participação popular pelos Conselhos Locais de Saúde na lente da EP é reconhecer que existem saberes na mobilização e na luta social individual e coletiva pelos conselheiros e pelos movimentos sociais, organizados ou não.

A Educação Popular, já defendida por Freire, está relacionada ao exercício da cidadania, junto com os grupos populares. Ele reforça essa tese ao relacionar a educação e a organização popular como princípios básicos, intimamente ligados à prática política: “[...] entendendo a educação popular como esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares, capacitação científica e técnica” (FREIRE, 1991, p.19).

Uma Educação Popular pensada como educação emancipatória necessita fincar-se na constituição de novas relações econômicas, sociais e culturais, caminhando na direção do reino da liberdade e deste modo, com alguns princípios orientadores podem ser apontadas, a partir da interlocução com os autores, num viés histórico-conceitual, tendo como fundamento o trabalho com os sujeitos concretos, as seguintes teses:

- a. A mobilização, a organização e a capacitação dos grupos populares como um dos pilares da construção de uma nova hegemonia;
- b. Articulação com os movimentos sociais populares da América Latina e dos demais países para criar redes de comunicação de EP pelo mundo pode contornar os vieses atomizantes destas ações;
- c. A valorização do núcleo autêntico da EP precisa incorporar as dimensões afetivas, intelectuais e práticas (SALES, 2006).

A educação popular, pelo diálogo, caminha para a superação das formas existentes de opressão, uma pedagogia emancipatória. Uma pedagogia orientada pela interpretação do mundo, considerando que todos se educam pelo diálogo, intersubjetivamente (MELO NETO, 2004 apud FEITOSA, 2008).

Os espaços dos CLS são arenas de debate, de mobilização social, de lutas pelos direitos à saúde, também reconhecidos como espaço pedagógico dos movimentos sociais a partir da EP. Surgem assim, alguns questionamentos: a) quais são os compromissos dos conselheiros pela transformação local? e; b) existe percepção de troca de saberes e culturas entre comunidade, representada pelos usuários, trabalhadores e gestores?

Estudar as hegemonias no controle social a partir dos CLS sob as lentes da EP é dialogar com a realidade concreta e na perspectiva de mudanças sociais. No espaço de conquista institucional, o Ministério da Saúde (1994) coloca que a participação popular é:

[...] um processo onde a população tem o poder de interagir para intervir nas decisões que dizem respeito a sua qualidade de vida, tornando-se sujeito da ação e

corresponsável pelo processo de organização dos serviços, do controle social, garantindo com isso o exercício da cidadania. (ARAÚJO, 2003).

Com isso, as práticas da educação popular na saúde encontram-se na dimensão transformadora da realidade à medida que promovem mudanças estruturais e locais nos espaços e indivíduos, principalmente quando possibilita um novo olhar sobre as práticas educativas nos espaços de saúde, ajuda o outro a ser presença no mundo através da solidariedade, conquista de espaços, superação da exclusão (SANTOS, 2009).

A educação popular em saúde trilhou caminhos de institucionalização nas políticas públicas, desde algumas cidades com base progressistas, como em Recife, passando por alguns estados e também dentro do Ministério da Saúde. Esta pode ser definida como participação ativa da sociedade na formulação, implantação e avaliação da política de saúde, ampliação de espaços públicos e coletivos sociais para o exercício do diálogo entre gestores do SUS e a população na negociação e pactuação entre as três esferas do Governo e aprimoramento do controle social, além de permitir a construção de participação democrática na gestão das ações, dos serviços, das redes e dos sistemas de saúde. Um estimulante desafio para a construção do SUS (MELO NETO, 2008).

Este movimento também aparece na Política Nacional de Humanização do SUS que define gestão participativa como o modelo de gestão “centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente” (SOUZA, 2009, p. 16).

A relação com a população na educação popular rompe com a tradição autoritária dominante e busca práticas mais participativas. Vasconcelos (2004) cita que o avanço da força dos grupos políticos ligados aos movimentos sociais do Brasil vem criando condições institucionais para superar a fase em que essas práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população antes aconteciam apenas experiências alternativas, pontuais e transitórias. É preciso encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional que permitam sua generalização no SUS.

Neste contexto, alguns grupos estão engajados na luta pela democratização do Estado, na qual o método da educação popular passa a ser instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas.

Para Vasconcelos (2009), a educação popular não é o mesmo que “educação informal”. Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas utilizam métodos verticais de relação educador-educando. Segundo Carlos Brandão (1982 apud

VASCONCELOS, 2009), a educação popular não visa criar sujeitos subalternos educados, sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. A educação popular busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

A relação com os movimentos sociais por ser a expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade que busca a ampliação de espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em um determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessária à superação.

Beisiegel (2010) coloca que o trabalho educativo numa democracia seria sempre um trabalho com o homem. Aparece já, nesse documento, a menção aos vínculos entre a educação popular, a consciência crítica, a democracia, o desenvolvimento e a construção de personalidades socialmente responsáveis participantes na construção da vida coletiva.

Este debate traz alguns questionamentos, como: a) sem a participação ativa dos usuários e seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementada, os novos serviços expandidos conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral?; b) a participação no micro poder do espaço dos Conselhos Locais de Saúde consegue ampliar o debate de direito à saúde da comunidade? e; c) esta participação consegue identificar o Conselho Local de Saúde como forma de organização social?

A EP tem contribuído na saúde e avançado muito na desconstrução do “autoritarismo dos doutores”, do desprezo ao saber e à iniciativa dos doentes e familiares, da imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais e da propaganda política embutida na forma como o modelo biomédico. Mas a pouca ênfase da saúde pública na discussão e no aperfeiçoamento das relações culturais e políticas com os cidadãos e seus movimentos vem resultando em desperdícios dessa situação potencialmente transformadora do sistema.

A Educação Popular em Saúde tem sido estratégia prioritária de humanização do SUS e de adequação de suas práticas e técnicas à lógica de vida da população, por meio da valorização de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários.

Para Albuquerque (apud SILVA, 2006), a EP pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica,

valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços visando a um novo entendimento das ações como ações coletivas.

A Participação Popular no Controle Social da Saúde?

Na participação popular no exercício do controle social buscam-se representações e interesses, legitimidade, emancipação construídos pelos saberes populares em diálogo solidário, problematizando a realidade.

O estudo de Vasconcelos (2009) traz que a democratização radical da vida social tem um grande efeito no processo de democratização interna das políticas de saúde por caminhos muito mais amplos que o simples fortalecimento dos conselhos e suas conferências voltadas ao controle de sua gestão. Muito se discute hoje sobre como fortalecer o controle social através de estratégias de apoio e reorganização dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Há muito a se fazer nesse sentido, mas o controle social pleno só virá com a democratização radical da vida social, o que exige enormes esforços a serem desenvolvidos fora do espaço de tais conselhos e conferências. Esse processo depende de dinâmicas políticas e econômicas gerais, mas o setor da saúde terá muito com o que contribuir se passar a encarar o investimento na democratização da vida social e o enfrentamento das opressões como parte central do trabalho de promoção da saúde.

A Educação Popular tem se mostrado um saber importante neste processo. É uma arte e um saber desenvolvidos na América Latina e respeitados em todos os continentes, de condução desta difícil relação entre trabalhadores sociais e a população, voltados à construção de uma sociedade sem opressão a partir da participação ampliada dos grupos sociais subalternos e seus movimentos.

Mesmo sendo o setor saúde pioneiro no Brasil e referência das políticas sociais, os conselhos apresentam problemas, como o não ambiente solidário, investimento na participação ampla que predomina nos movimentos populares. Vê-se profissionais progressistas na busca da qualificação e democratização das políticas de saúde.

Deseja-se uma saúde comunitária, com orientação da Educação Popular como referência teórica para orientação do trabalho social e busca-se, a partir dos estudos de Labra (2009): a) a valorização das decisões coletivas; b) a problematização em roda das dificuldades mais importantes com a participação igualitária; c) a valorização dos saberes e das iniciativas populares na construção de soluções e ênfase na construção de dinâmicas e ações educativas, incluindo atores sociais excluídos.

A partir da contribuição de Foucault, as práticas cotidianas de conformismo e resistência, que acontecem no cotidiano, passaram a ser centrais na sustentação e na superação da dominação que marca a sociedade, respectivamente. Assim, a luta pela transformação das dimensões políticas do processo de adoecimento na sociedade se descentraliza das instâncias partidárias, dos conselhos gestores, do aparelho estatal de direção política e do comando das grandes empresas para se estender também às complicitades, aos apoios e às resistências que envolvem todo o tecido social e, também, à reorientação dos saberes que orientam as práticas institucionais (FOUCAULT, 1985 apud VASCONCELOS, 2009).

Muitas práticas, que hoje marcam as características de funcionamento dos serviços brasileiros de atenção primária à saúde, foram delineadas a partir de experiências alternativas de saúde comunitária que se multiplicaram a partir da década de 1970. Dentre essas práticas podemos citar a) a valorização da ação educativa de agentes comunitários de saúde da própria comunidade; b) a ênfase na construção de ações de saúde integradas aos movimentos sociais locais; c) os conselhos locais de saúde que buscavam a estruturação de forma inclusiva e participativa; d) o envolvimento da equipe de saúde em lutas políticas locais; e) a gestão do trabalho dos profissionais por meio de rodas de discussão, estudo e negociações que incluíssem todos os membros da equipe; f) a valorização de dimensões emocionais, artísticas e espirituais nos grupos e; g) a integração com práticas e saberes populares etc.

No período pós-ditadura os movimentos sociais reorientaram suas práticas tentando ocupar o espaço de participação nas ações do Estado. Os movimentos sociais perderam muito de sua centralidade como instrumentos de expressão dos interesses da sociedade. Talvez, a fragmentação e a divisão dos movimentos impediram a soma de forças em torno de questões mais amplas.

Os movimentos sociais em geral perderam visibilidade, dentre eles o movimento sanitário. Passaram a ser valorizados e ressaltados apenas os movimentos que tinham participação nos espaços oficiais de controle social.

A discussão sobre a participação popular em saúde, muitas vezes, se resume à questão da participação institucional em Conselhos e nas Conferências de Saúde. Mesmo no seio dos movimentos sociais, muitas lideranças passaram a valorizar apenas as lutas políticas mais amplas e capazes de exercer alguma influência nos espaços de decisão das políticas sociais (exemplo AIDS, doenças crônicas etc.), esquecido o investimento em práticas comunitárias solidárias de enfrentamento dos problemas de saúde que passou a ser visto como do passado (VASCONCELOS, 2009).

A Educação Popular é entendida como uma pedagogia que conceitua a educação como atividades culturais para o desenvolvimento da cultura, contribuindo para a superação das negativas de todas e quaisquer culturas e para a afirmação e o impulso de suas possibilidades. Pedagogia esta entendida como resultado de uma reflexão dialógica, judicativa, teleológica e rigorosa sobre os problemas socioeducacionais de uma determinada sociedade na perspectiva dos interesses de grupos culturais subordinados. Trata-se de uma teoria geral da educação, de uma proposta pedagógica, de uma forma de condução da pesquisa e de uma compreensão da práxis pedagógica no seio dos movimentos sociais.

É, enfim, uma teoria do conflito dos processos educativos escolares e não escolares (SOUZA, 2007). Assim, espera-se explicitar elementos que possam garantir a fundamentação dessas atividades culturais (movimentos sociais populares, educação escolar, etc.) como uma prática e uma teoria da educação não escolar que podem, também, ser úteis à educação escolar assim como as ações dos movimentos sociais e políticos, como, ainda, criadoras de cultura para nos tornarmos cada vez mais competentes na prática da reconição e reinvenção, portanto, nos processos da ressocialização da existência humana.

Esses processos se dão tanto na educação escolar como na não escolar (informal e não formal), portanto, nos movimentos sociais populares, tendo como finalidade contribuir com a construção dos seres humanos em suas diferentes configurações individuais e coletivas.

Estudar no espaço comunitário das unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família é aprofundar este diálogo de aprendizagem e articulação, explicitando os saberes populares envolvidos na luta local pelo social, em especial pelo direito à saúde.

CAPÍTULO IV – CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ: DIMENSÃO POLÍTICA E PEDAGÓGICA

Este capítulo está organizado em cinco partes. A primeira apresenta o contexto histórico e político da criação dos Conselhos Locais de Camaçari – Bahia para responder a um dos objetivos deste estudo, que é o de conhecer o histórico e o movimento de formação dos CLS.

O segundo item traz o perfil dos conselheiros locais de Camaçari e a inclusão dos espaços de Educação Permanente nos Conselhos Locais que propõem dar resposta a outro objetivo desta dissertação.

A terceira parte apresenta as motivações e avaliações da participação dos conselheiros de saúde, importante para responder o terceiro objetivo do estudo. A quarta parte, por sua vez, apresenta as ações dos conselheiros locais. Por último, busca-se refletir a dimensão política e pedagógica da participação nos CLS: limites e possibilidades, sendo este item importante para responder ao quarto objetivo da pesquisa.

Camaçari: Histórico da Criação e do Movimento de Formação dos CLS

O município de Camaçari possui 242.970 mil habitantes, de acordo com censo IBGE 2010. Como o restante do país, tem influência portuguesa, indígena e negra nas manifestações culturais. O primeiro núcleo de habitantes que deu origem ao atual município de Camaçari abrangia terras ocupadas por indígenas aldeados pelos jesuítas, que haviam sido doadas em sesmaria por Mem de Sá, em 7 de setembro de 1562. Situava-se numa elevação distante 5 quilômetros do mar e cerca de 40 km ao norte de Salvador.

Foi criada a Vila do Espírito Santo de Nova Abrantes em 27 de setembro de 1758, por provisão do Conselho Ultramarino e instalada no dia 8 do mês seguinte, sendo em 1759 levantada a respectiva planta pelo Dr. João Ferreira de Bittencourt Sá. Extinta pela Resolução Provincial n.º 241, de 15 de abril de 1846 foi restabelecida, entretanto, pela Resolução n.º 310 de 3 de julho de 1848 e reinstalada a 10 de janeiro de 1849, com a designação de Vila de Nova Abrantes, após ser desmembrada do município de Mata de São João. Até 1890 a categoria político-administrativa de Abrantes era “intendência municipal”, quando então passou a município (IBGE, 2011).

Sandes-Sobral (2008) complementa que a ocupação urbana do Município ocorreu em torno de povoados de pescadores e, conforme análise e detalhamento da pesquisa de ocupação urbana contemporânea, devido aos condicionantes, a ocupação se intensificou, passando a ocupar os intervalos entre os antigos povoados, criando entraves formados pelos *resorts*, condomínios fechados e loteamentos.

No âmbito cultural, o bairro de Barra de Pojuca é palco de festa popular, com a folia de origem portuguesa chamada “boi reisado”, onde é simulada a morte do boi, que depois é dividido e ofertado, sempre acompanhado de muita música.

Já o maculelê, semelhante à dança de guerreiro, traz a indumentária de palha dos indígenas. A capoeira é a herança da cultura negra, assim como o samba-de-roda, manifestação trazida das senzalas. Por fim, há a “marujada chegada de mouros”, tradição viva na praia de Arembepe e Monte Gordo. As cheganças têm origem portuguesa, inspiradas na expansão marítima e nas batalhas da Idade Média contra árabes e turcos.

Pode-se dizer que as lutas sociais e populares nascem junto com a criação do próprio Município e as suas características culturais com os povos indígenas, as comunidades quilombolas e as comunidades hippies, com grande movimentação com associações de moradores, manifestações religiosas e formação de sindicatos, a partir do polo petroquímico.

A atual administração municipal é do Partido dos Trabalhadores (PT), iniciada em 2005 e que se encontra no segundo mandato consecutivo, partido que vem apostando na participação da população, com trajetória de esquerda e com experiências como o orçamento participativo, conselhos gestores e conselhos municipais e locais.

Como cita Teixeira (1996), o Partido dos Trabalhadores tem forte influência com as experiências de conselhos. Com a eleição de 1988, em que algumas prefeituras passaram ao controle de partidos, como o PT, a discussão se acirra, inclusive, internamente, envolvendo questões como a natureza dos conselhos, a competência, a composição, a iniciativa de criação e a relação com o Estado.

No setor econômico, a cidade destaca-se com o maior PIB industrial do Nordeste. Camaçari conta, ao longo de sua história, com grandes avanços econômicos. Seu PIB chega a cerca de R\$ 6 bilhões, sendo o segundo da Bahia, depois de Salvador, R\$ 10 bilhões, e é o Município mais industrializado do Estado, respondendo sozinho por 35% das exportações. Sendo também sede do maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul, Camaçari abriga a única montadora de veículos do Norte/Nordeste – a Ford – e empreendimentos do porte da Braskem, 3ª companhia privada do país; da Bridgestone Firestone, grupo líder na fabricação de pneus no mundo e; da Caraíba Metais, principal produtor de cobre do Brasil.

A cidade abriga, ainda, outras importantes fábricas, como a Continental Pneus, Discobrás, Bahia Pulp, Monsanto, Columbian Chemicals, Oleoquímica, Peroxi Bahia, Remplari Embalagens Plásticas, entre outras (BASTOS, 2010). Desde 2002, cerca de 60 empresas (34 químicas e petroquímicas) operam no Complexo Industrial de Camaçari. Com a instalação da Ford, incorporaram-se 30 empresas sistemistas que compõem o Complexo Automotivo ao Polo.

Há um distanciamento entre o crescimento econômico da cidade e o desenvolvimento da cidade, principalmente ao acesso aos serviços públicos de qualidade para toda a população. Assim, como destaca Sandes-Sobral (2008), configura-se para a orla do município de Camaçari, então, um cenário de desigualdade e injustiça social com acentuação da exclusão territorial pela pobreza urbana.

Há também destaque no aquecimento da economia interna, deixando a renda na própria cidade e permitindo a capacitação do trabalhador treinado pelas fábricas. Outro destaque encontra-se na área hoteleira e de turismo, graças à proximidade com a capital baiana e aos grandes investimentos instalados no Litoral Norte da Bahia. A cidade possui cerca de 42 quilômetros de orla, que facilitam a atração de empresas estrangeiras, em especial ligadas ao turismo.

Abaixo, em destaque no mapa da Bahia, a localização da cidade Camaçari:



Figura 1 – Mapa da Bahia

Fonte: PREFEITURA..., 2011. [www.camacari.ba.gov.br/acessadoem10setembro2011.]

Na saúde, há uma rede de serviços do SUS com 38 equipes de Saúde da Família (cobertura de 42% da Estratégia Saúde da Família), 9 UBS, 5 unidades de pronto-atendimento, SAMU, centro de apoio psicossocial, centro de especialidades odontológicas e médicas e centro de referência para DST/AIDS.

O Município, desde 2002, tem investido na formação de Conselhos Locais, seja junto às unidades básicas de saúde, seja nos territórios das unidades de saúde da família. Os primeiros movimentos de formação dos CLS datam da década de 80. Como disse um conselheiro: “no ano de 1983 recebemos a unidade básica de saúde da GLEBA e já iniciamos com o primeiro CLS de Camaçari.” (Conselheiro Juazeiro - representante da sociedade civil).

A atual gestão municipal da saúde colocou como prioridade a implantação dos CLS. Atualmente, existem 21 Conselhos Locais de Saúde, 9 na região da orla e 12 na sede do Município, com o total de 464 conselheiros de saúde. Esses estão legalmente amparados na

Lei Orgânica Municipal nº 1086/10 que regulamenta o Conselho Municipal de Saúde e cria os Conselhos Locais de Saúde.

A Lei Orgânica Municipal da Saúde de Camaçari, cap. XIII, parágrafo III, define a participação popular, como: “participação decisória dos usuários no planejamento, gestão e controle do sistema, em todos os níveis, na forma da lei” (p. 10).

Quando se fala em CLS, o Regimento Interno (2010, p.1) propõe como finalidade:

Art. 2º A organização e funcionamento dos CLS`s têm por finalidade possibilitar a participação organizada da população na administração dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde da Família, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, o que inclui a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação de sua saúde, bem como, o atendimento à saúde dos indivíduos e comunidade.

Nesta pesquisa, a amostra foi composta por 4 Conselhos Locais de Saúde, dois referentes às UBS, organização tradicional da AB e dois referentes às Unidades de Saúde da Família (USF), organização da Estratégia Saúde da Família. Os Conselhos escolhidos junto à Coordenação de Controle Social, que está ligada a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Camaçari, foram: CLS da USF Piaçaveira, CLS da USF Verde Horizonte, CLS da UBS GLEBA E e CLS da UBS Vilas de Abrantes. Um conselho é o mais antigo da cidade, com a primeira formação de 1984, outro mais antigo e dois mais novos, um deles em processo de eleição da mesa diretora e outro em processo de reformulação.

Perfil dos Conselhos e Conselheiros Locais de Saúde de Camaçari

As comunidades onde se realizaram as pesquisas dos CLS foram: Vilas de Abrantes, GLEBA E, Piaçaveira e Verde Horizonte.

A amostra foi dividida em duas comunidades que têm UBS e outras duas, que têm equipes de Saúde da Família. As primeiras têm funcionamento com AB tradicional, com atendimentos médicos, cirurgião-dentista e enfermagem para todo o bairro. Há também o funcionamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, mas não há equipes de Saúde da Família.

As Unidades de Saúde da Família funcionam com a Estratégia de Saúde de Família, composta por equipes com médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e de 6 a 12 agentes comunitários de saúde, que são referência para uma área de até 1.000 famílias ou 3.400 pessoas. A Tabela 1 apresenta as características das comunidades pesquisadas referentes à população, à escolaridade e às condições de moradia.

Tabela 1 - Características populacionais, de escolaridade e de moradia.

	População (nº habitantes)	Escolaridade	Condições de moradia
Comunidade Vilas de Abrantes	18.328		89% das casas de tijolos
Comunidade GLEBA E	15.000		82% das casas de tijolos.
Comunidade Piaçaveira	6.425	94,4% de crianças de 7 a 14 na escola e 98,8% dos maiores de 15 alfabetizados.	91% das casas de tijolos.
Comunidade Verde Horizonte	6.000	96,26% de crianças de 7 a 14 na escola e 94% dos maiores de 15 anos alfabetizados	80% das casas de tijolos

Fonte: BRASIL/ DATA/SUS, Secretaria de Saúde de Camaçari, setembro 2011.

A primeira comunidade, Vilas de Abrantes, fica localizada na orla do município de Camaçari, onde são encontrados grandes contrastes sociais. Tem uma população de quase 20 mil habitantes e apenas uma UBS, que é insuficiente para o atendimento de saúde para toda localidade.

A comunidade GLEBA E, conjunto habitacional também com grande população – cerca de 15 mil pessoas – tem uma UBS e é a experiência mais antiga e reconhecida de participação popular com o primeiro Conselho Local, fundado no ano de 1983.

A comunidade Piaçaveira tem aproximadamente 6.500 habitantes e localiza-se na periferia da cidade, com maior proximidade do Centro que as comunidades já citadas e tem uma USF, onde funcionam duas equipes de Saúde da Família. Antes teve um Conselho Local, mas estava retomando uma nova formação de Conselho.

A comunidade Verde Horizonte, localizada também na periferia de Camaçari, com uma população aproximada de 6 mil pessoas, tem uma USF, onde funcionam duas equipes de Saúde da Família, representa a segunda mais antiga entre as quatro comunidades pesquisadas.

Todos os Conselhos Locais têm reuniões ordinárias mensais com registro das reuniões em ata pelo secretário do Conselho.

O Município conta com 464 conselheiros locais de saúde cadastrados, distribuídos pelos 21 CLS já formados e em processo de implantação. São representantes da gestão municipal, como são os coordenadores das unidades de saúde, representantes de trabalhadores das equipes de saúde e representantes das comunidades. Dos 4 conselhos pesquisados,

percebeu-se maior participação de adultos e idosos, com predominância do gênero feminino, já que as mulheres estão mais presentes nos espaços das unidades de saúde e de participação da comunidade.

Os conselheiros representantes dos usuários são pessoas envolvidas com várias militâncias e instâncias de participação popular.

Caroá, representante dos usuários, mecânico aposentado do Pólo Petroquímico, participação na ONG – obras de auxílio e fraterno, envolvido com ordem Rosa Mística e com a Marçonaria. (CAROÁ – representante dos usuários)

Mandacaru, representante dos usuários, participo da igreja e do grupo de idosos. (MANDACARU – representante dos usuários)

Babosa, representante dos usuários, participo dos movimentos da Igreja Católica, Pastoral do Idoso, coral e grupo de hipertensos e diabéticos. (BARBOSA – representante dos usuários)

Castanhola, fiz parte com Conselho Saúde Comunitário, faço parte dos trabalhos sociais da igreja e da associação de moradores. (CASTANHOLA – representante dos trabalhadores).

Há uma participação maior de mulheres entre os 44 pesquisados que responderam aos questionários. Representam adultos jovens, 23 ou 52,3% entre 23 e 45 anos, mas com participação bem significativa de adultos acima de 46 anos e idosos que representaram 47,7% ou 21 do total. A média de idade é de 45 anos, com idade mínima de 23 anos e idade máxima de 79 anos. Há uma participação grande de pessoas aposentadas.

Há necessidade de maior participação dos jovens nos CLS, além dos senhores e senhoras. O Conselho é um grande instrumento na mão do cidadão, sabendo usar, teremos benefícios para a comunidade. (CACTO – conselheiro GLEBA E, representante dos usuários).

Quanto ao gênero, observou-se uma maior participação feminina nos espaços das unidades de saúde, como também de participação popular. No caso dos CLS, não é diferente, dos 45 conselheiros pesquisados, 31 eram mulheres, representando 68,9%, enquanto que 14 eram homens, ou seja, 31,1%.

Quanto à escolaridade, a grande maioria dos conselheiros, que representa 65,1% dos pesquisados, referiu ter concluído o ensino médio. Importante observar na Tabela 2 que não tivemos conselheiros sem escolaridade ou analfabetos.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da população em estudo (nº 45)

VARIÁVEIS	N	%
Idade em anos		
23-45	23	52,3
46-79	21	47,7
Sexo		
Feminino	31	68,9
Masculino	14	31,1
Escolaridade		
Ensino Superior	6	14
Ensino Médio	28	65,1
Ensino Fundamental	9	20,9

Fonte: Pesquisa de Campo, maio 2011.

Em relação à análise da composição e a forma de inserção dos conselheiros no Conselho Local de Saúde, os Conselhos Locais de Saúde têm composição tripartite e paritária, com representação da comunidade (usuários), da administração das unidades de saúde e representantes dos trabalhadores. Esses dois últimos com o mesmo número da representação dos usuários. A forma de inserção se dá por eleição para trabalhadores e usuários e indicação da Secretaria da representação da gestão. O regimento interno proposto para os CLS trata da composição e eleição dos membros.

Capítulo V, no seu Art. 5º do Regimento:

Farão parte dos CLS's os representantes dos Usuários, da Administração Pública de Saúde e dos Servidores das Unidades de Saúde, sendo este tripartite e paritário entre os representantes dos Usuários e o conjunto dos demais Conselheiros.

Capítulo VI, Art. 15º do Regimento:

Os membros representantes de usuários dos CLS's serão escolhidos pelos moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde, através de eleição direta, na qual poderão votar todos os moradores maiores de dezesseis anos de idade, alfabetizados, ou não, mediante comprovação de moradia, excluindo-se o disposto no Art.9. (2010, p.3).

Na Tabela 3, observa-se que a maioria dos participantes dos espaços dos CLS é de representação da comunidade, 64,4%. Foi importante observar que o Conselho Local de Vilas de Abrantes estava com um número muito maior de conselheiros previsto no regimento interno, sendo 16 titulares e 16 suplentes. Nesse mesmo Conselho apareceu uma representação de prestador de serviços do SUS, não previsto no regimento e mais comum nos Conselhos Municipais de Saúde.

Este conselho tem o número muito grande de conselheiros (32), dificultando a mobilização e o quórum da reunião. (PRESIDENTE do CMS Camaçari)

Quanto ao tempo de conselheiro, observou-se que apesar da formação dos CLS em Camaçari ter iniciado em 1983, a grande retomada de incentivo aconteceu no ano de 2010. Os 4 Conselhos pesquisados mostraram que a maioria participa há, no máximo, seis meses, ou seja, 22 conselheiros, 48,9%. Apenas 14 conselheiros estão há mais de um ano nos CLS. Combinando com a informação do mandato, demonstra-se que 2 conselhos ainda estão em processo de formação, muitos no primeiro mandato, ou 75% dos conselheiros, e que nos dois conselhos mais antigos, somente cinco (11,4%) conselheiros estão no terceiro mandato.

Participando há 3 anos, mas como conselheiro há 1 ano. (XIQUE-XIQUE)

Analisada a forma como os conselheiros entraram nos CLS, notou-se que a maioria participou de um processo de eleição, 34 integrantes da amostra (75,5%) referiram que participaram de eleição, mas 9 (20%) disseram que foram indicados (20%), portanto, entre os trabalhadores, alguns disseram que foram indicados, além dos gestores.

Mesmo com relação democrática de escolha entre membros da comunidade e trabalhadores, ainda apareceram indicações nas escolhas dos conselheiros.

Particpei de eleição na comunidade e obtive 103 votos. (OITIZEIRO – Conselheiro representante dos usuários).

Outro item importante levantado foi a capacitação dos conselheiros locais de saúde, em que 60% dos pesquisados não tinham realizado qualquer capacitação. Há uma diferença entre aquilo que esperam os conselheiros locais e o que a Secretaria de Saúde organiza como capacitação dos conselheiros. Na fala da gestão há um movimento de capacitação mais técnico e menos político, como o papel do conselheiro, financiamento e planejamento. As necessidades dos conselheiros extrapolam esses temas, às vezes com distanciamento de linguagem e não valorização do saber popular.

Na formação de Conselhos Locais de Saúde têm-se algumas etapas: 1-Visitas as comunidades com mobilizações das lideranças, explicações do papel do CLS; 2- Organização da Eleição; a composição vai de 16 a 32 membros, apoio com material, Ata padronizada; 3- Eleição da Mesa Diretora; 4-Capacitação – oficinas com alguns temas de interesse do CLS: SUS, papel dos Conselheiros, Planejamento, Financiamento. 5- Termo de posse e Certificação; Apoio ao desenvolvimento e manutenção. Coordenador do CS em Camaçari (COORDENAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL DA SECRETARIA SAÚDE)

Até agora as capacitações todas são feitas pela Secretaria de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde trará outras capacitações com a visão dos movimentos sociais, uma visão da comunidade. (PRESIDENTE do CMS)

Alguns autores colocam como essencial, no exercício da participação popular, a capacitação dos conselheiros de saúde, assim como relata Santos (2000, p. 15), que vai além de alguns saberes técnicos:

[...] Além da gestão, a prática dos conselheiros mostra que há outros objetos de controle social, como, por exemplo, o que chamamos “estado de saúde” da população. Os conselheiros de todos os segmentos, mesmo aqueles com menor grau de instrução, podem e devem capacitar-se e apropriar-se dos principais métodos de avaliação ou de análise sobre o que é o “estado de saúde” da população.

Já Gohn (2007) reforça a importância da capacitação, pois mesmo sabendo que a capacitação de conselheiros não levará à superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação – pois tal realidade tem determinantes bem maiores – poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e ao desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios.

Na Tabela 3 observa-se as seguintes variáveis: segmento que representa no CLS, tempo no conselho, mandato, forma de inserção e capacitação dos conselhos.

Tabela 3 - Variáveis relacionadas ao CLS (n=45)

VARIÁVEIS	N	%
Segmento		
Usuário	29	64,4
Trabalhador	15	33,3
Prestador	01	2,3
Tempo		
Até 6 meses	22	48,9
6 meses a 1 ano	9	20
Mais de 1 ano	14	31,1
Mandato		
Primeiro	33	75
Segundo	6	13,6
Terceiro	5	11,4
Entrada		
Eleição do segmento	34	75,6
Indicação	9	20
Outra	2	4,4
Capacitação		
Sim	18	40
Não	27	60

Fonte: Pesquisa de Campo, maio 2011.

Quanto à Inserção em Movimento Social

O fenômeno dos Conselhos de Saúde vem de muito tempo de organização e crescimento dos movimentos sociais. Nas décadas de 20 e 30, a criação dos Institutos de Pensão e Aposentadorias e das primeiras Caixas de Pensão e Aposentadorias dos trabalhadores urbanos foi uma conquista da sociedade organizada através de sindicatos urbanos, que conseguiram que os empresários formassem esse sistema de aposentadoria.

Na década de 1970, começa a surgir outra forma de sociedade organizada, principalmente nas periferias das cidades médias e grandes: as Pastorais da Igreja Católica, as Sociedades Amigos de Bairro e as Associações de Moradores, entidades que foram se organizando e se fortalecendo, culminando sua potencialização na década 1980, com a Assembleia Nacional Constituinte (SANTOS, 2009).

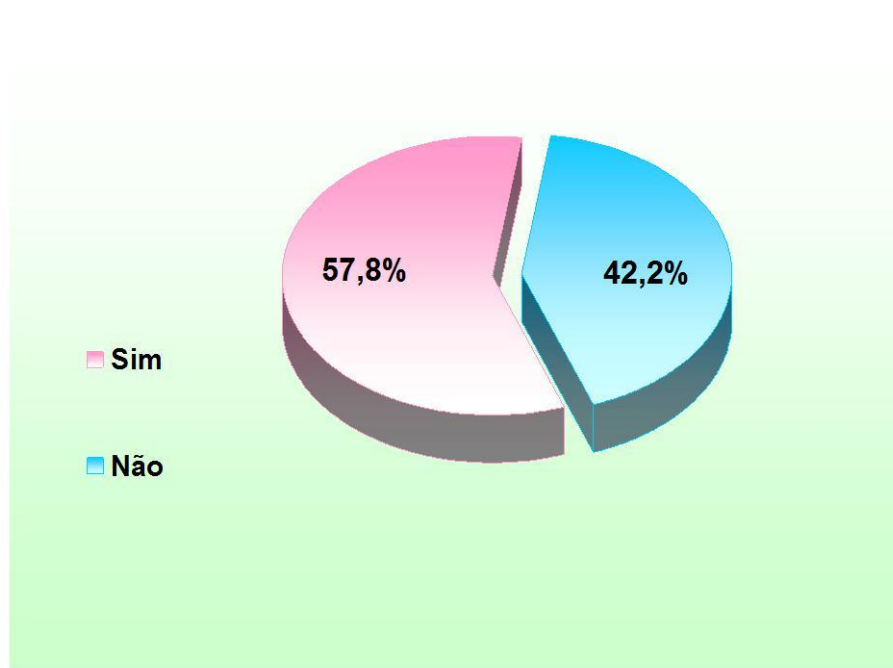
Não diferente dos estudos acima, os conselheiros locais pesquisados mostram-se envolvidos (57,8% da amostra, Gráfico 1) em algum movimento social. O exercício de participação está muito ligado à organização comunitária e dialoga com o saber popular.

Estas são outras frentes onde estou envolvido: com sindicatos; associação de moradores; presidente de clube de futebol; ONG; Conselho da Criança e do Adolescente; Conselho de Segurança; Fórum Baiano de Combate à Tuberculose; conselho de colégio; Federação Estadual das Associações de Bairro Frente, Comissão Comunitária de Camaçari; Conselho da Escola GLEBA E e Conselho do Meio Ambiente de Camaçari. (JUAZEIRO – representante dos usuários).

Também estou envolvido com obras sociais; ONG; organizações de auxílios e fraterno; Ordem Rosa Cruz – mística religiosa e maçônica. (CAROÁ – representante dos usuários).

Ruth Vasconcelos (2006) argumenta que os movimentos sociais podem favorecer o processo de ampliação e alargamento das práticas democráticas no tecido social, na medida em que evidenciam as contradições sociais em forma de denúncias e reivindicações na esfera pública, propondo soluções que resultam no aprofundamento da “socialização da política da igualdade social”.

Gráfico 1 – Participação em movimento social



Fonte: Pesquisa de Campo, maio 2011.

Motivações e Avaliação da Participação dos Conselheiros

Trazer as principais motivações dos conselheiros e combinar com as avaliações de participação popular destes espaços é pertinente no diálogo com outro objetivo desta pesquisa.

Nas falas dos entrevistados foram observadas diversas motivações para a participação popular nos espaços dos Conselhos Locais. Poucos ainda relataram o sentido amplo da democracia participativa e da construção de cidadania, mas aparecem como ajuda do outro, relacionando-os com outros espaços na comunidade, tais como: associação de moradores e movimentos em igrejas.

Conselho é uma arma que o cidadão tem nas mãos, dada pelo governo (órgão federal) que infelizmente a população não sabe usar, a comunidade não sabe a força que é o conselho, não sabe se beneficiar dessa força. [...]. Eu fazia parte da associação de moradores do bairro, queria estar mais perto dos problemas da unidade, conhecer mais sobre a saúde do bairro. (CACTO– comunidade GLEBA E).

Nós, sociedade civil, também somos responsáveis pelos serviços públicos no bairro. [...] Responsabilidade compartilhada com os gestores, cobrando, fiscalizando (seja posto de saúde, creche, escola, posto policial, amadurecimento dos conselheiros, conquistas na mobilização (JUAZEIRO - representante dos usuários, GLEBA E).

Muito além de cobrar e fiscalizar, buscamos ajudar a construir alguma coisa para a comunidade. (BABOSA - representante dos usuários).

A partir da observação das dificuldades das pessoas que não conheciam os direitos à saúde. Aprender a lutar pelos direitos e lutar pelas pessoas da comunidade. Ajudar quem não conhece seus direitos dentro do SUS. (PALMA – representante dos usuários, CLS GLEBA E).

A ampliação da participação popular também foi apontada por Gonh (2006, p. 07)

No contexto dos anos 1990, a participação passou a ser vista sob o prisma de outro paradigma – como Participação Cidadã, baseada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado. A participação passou a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública, porque as políticas públicas ganharam destaque e centralidade nas estratégias de desenvolvimento, transformação e mudanças social.

A pesquisa realizada por Araújo et al. (2003) demonstrou que concomitante ao desenvolvimento das atividades, observou-se a criação do Conselho Local de Saúde e a reativação da associação de moradores do bairro.

A predominância das falas dos entrevistados está relacionada à melhoria da saúde da comunidade, uma participação para o acompanhamento dos serviços de saúde para realizar o controle social, cobrar e acompanhar as ações dos gestores públicos.

Necessidade dos setores da administração, quando sentia falta de pessoas nas unidades, ampliar a unidade de saúde. É muito bom atuar no conselho, a gente faz cobrança do governo e ele nos dá a resposta. (XIQUE-XIQUE – representante dos usuários).

Mostrar à comunidade que o controle social precisa acontecer para mudar a saúde. (AROEIRA – representante da gestão da Unidade de Saúde).

Para ver a melhora no atendimento para a comunidade. Acho aqui uma bagunça, a infraestrutura. (MANDACARU – representante dos usuários).

Ajudar no melhoramento da saúde da comunidade e da cidade. Depois deste CLS, melhorou. (UMBURANA – representante dos usuários).

Colaborando com os relatos acima, o CONASS (2011) afirma que a participação comunitária em saúde é, principalmente, um canal importante de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, ao mesmo tempo orientada para a modificação favorável dos determinantes sociais de saúde, tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade.

Destaca-se também entre as motivações de participação, a ampliação do diálogo entre os gestores, os trabalhadores e a comunidade. É destacada a construção de um espaço antes não existente de comunicação entre os atores, de canal de construção coletiva da saúde local e de empoderamento, caracterizado principalmente na fala dos trabalhadores de saúde.

Acabar divergência entre o posto e a comunidade, com a possibilidade de estreitar relação entre trabalhadores e usuário. Também trazer mais atributos pela unidade. (ARRUDA – representante dos trabalhadores).

A união do posto com a comunidade, o povo se empodera. (MASTRUZ – representante dos usuários).

Carência da comunidade; ajudar a comunidade; dificuldade entre trabalhadores. (CASTANHOLA – representante dos trabalhadores).

Principais Avanços e Ações dos Conselheiros a partir dos Conselhos Locais de Saúde

Aqui destacam-se os principais avanços relatados pelos conselheiros locais de saúde nas experiências das comunidades pesquisadas. Muitos apontaram como conquistas: a implantação dos Conselhos Locais de Saúde, que dialogam com as principais motivações de participação dos conselheiros; o fortalecimento do papel da comunidade na construção da política de saúde; o acompanhamento e a avaliação dos serviços aparecem como avanços nos 4 conselhos pesquisados, aparecendo como democracia participativa. A mobilização comunitária e a aproximação com a gestão municipal também são conquistas dos Conselhos Locais de Saúde.

A conquista principal é a união da comunidade, que uma vez por mês se reúne para fazer uma oração, discutir os problemas dentro da própria comunidade. Se não houver união, as coisas não andam. (CACTO – representante dos usuários).

Hoje os conselheiros participam indiretamente da Secretaria Municipal de Saúde. (CAROÁ – representante dos usuários).

A gestão ouvindo mais a comunidade e os trabalhadores depois do CLS. As dificuldades, até o momento não temos. (ARRUDA – representante dos trabalhadores).

Assim também relata Côrtes (2009), nos seus estudos, que a peculiaridade para as democracias, e de modo mais acentuado no Brasil, é a disseminação dessas formas de participação nas mais variadas áreas de políticas públicas, nos diversos momentos do “ciclo da política” – planejamento, gestão, execução, avaliação de políticas – e em todos os níveis de gestão – federal, estadual, regional, municipal e local. Na área de saúde, tal disseminação ocorreu de forma precoce em relação às outras áreas e o nível de envolvimento de atores estatais e sociais com o funcionamento dos mecanismos foi mais acentuado. A mesma autora também faz o resgate da institucionalização da participação no SUS:

No Brasil, no final dos anos de 1970, identificava-se a formação de uma comunidade de política, que se autodenominava „movimento sanitário“, articulando atores estatais e sociais na defesa da universalização do acesso a serviços, combinada com a democratização política do país e, mais especificamente, da área de saúde. A

comunidade viria a ter papel decisivo não apenas na construção do SUS, mas também na definição do modo como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema (GONH, 2007).

Também se destacam as ações de melhoramento dos atendimentos prestados à comunidade; as mudanças na infraestrutura das unidades de saúde, os processos de capacitação para os trabalhadores e o reconhecimento da Secretaria como motivadores para a participação dos conselheiros.

A conquista foi à duplicação dos serviços da unidade; tem o respeito da Secretaria de Saúde que entende o conselho como atuante. Isso motiva os conselheiros. (XIQUE-XIQUE – representante dos usuários).

Reforma da unidade de saúde, sala de reunião da própria USF, com carteiras, laboratório na unidade. (JUAZEIRO – representante dos usuários).

Melhoramento no atendimento dos funcionários; canal com a Secretaria; busca de cursos para os trabalhadores e mais respeito com os usuários. (UMBURANA – representante dos usuários).

Melhora no atendimento; sinal de acompanhamento das ações do CLS. (UMBUZEIRO – representante dos usuários).

A Dimensão Política e Pedagógica da Participação nos Conselhos Locais: Possibilidades e Desafios

Este item aborda a relação de aprendizagem e formação política nos espaços dos Conselhos Locais de Saúde com a EP, movimento que pode ampliar a capacidade cidadã dos conselheiros no movimento de participação popular. São apontados também as principais possibilidades e os desafios nessa construção, a partir das falas dos conselheiros.

Os 16 conselheiros entrevistados para este estudo concordaram (100% dos entrevistados) que, a partir dos CLS, houve avanço na política local de saúde dos 4 bairros. Foram vários os avanços relatados, a exemplo da construção de cidadania e da descentralização do poder da Secretaria de Saúde para as unidades de saúde e comunidade.

A descentralização do poder acontece com a presença dos CLS e a criação do espaço de participação popular e é capaz de desenvolver o empoderamento popular com a mudança de cultura frente aos serviços públicos de saúde.

Ouvir as pessoas, a gestão pública, as dificuldades, conhecer de perto, enxergar de forma diferente. A sociedade civil tem que estar perto da gestão pública; consciência maior dos problemas; são várias frentes para melhorar a qualidade vida do povo; sem partidarismo, buscar avançar; saúde/segurança/educação/alimentação. Ganhei no aprendizado da mobilização ajudando outros conselhos. A gente é o povo. Apreendi a mágica e a técnica. (JUAZEIRO – representante dos usuários).

O SUS, histórico; filme, não conhecia no passado. (OITIZEIRO representante dos usuários).

O pensamento de Dagnino (2004) levanta elementos da construção de uma nova cidadania, a partir da luta pelos direitos, da constituição de sujeitos sociais ativos e de ampliação do viver coletivo:

Um elemento, que implica o direito a ter direitos, é que a nova cidadania, ao contrário das concepções tradicionalmente vigentes no Brasil, na está vinculada a uma estratégia das classes dominantes e do Estado de incorporação política gradual dos setores excluídos, com o objetivo de uma maior integração social ou como uma condição legal e política necessária para a instalação do capitalismo. A nova cidadania requer – é inclusive pensada como consistindo nesse processo – a constituição de sujeitos sociais ativos (agentes políticos), definindo o que consideram ser seus direitos e lutando para seu reconhecimento enquanto tais. Nesse sentido, é uma estratégia dos não-cidadãos, dos excluídos, uma cidadania “desde baixo (DAGNINO, 2004, p. 104).

Conviver coletivo, com a politização, enxergar melhor os problemas de saúde, fora não via algumas coisas. Hoje participo indiretamente da SMS. Ligação direta com o secretário de saúde. Pressão na gestão. (CAROÁ – representante dos usuários).

Outra possibilidade construída é a identificação do CLS como local de construção de saberes e aprendizados a partir da relação dos vários atores sociais, envolvendo as comunidades, os trabalhadores de saúde e a equipe de gestão municipal.

Um dos principais aprendizados é viver coletivamente, sonhos no coletivo. Aceitar a derrota, quando sua opinião não é aceita, esta é uma dificuldade hoje para os jovens. Viver em grupo. Conhecimento que você passa a ter na parte de saúde, o que tem na comunidade, o que é PSF, o que é unidade básica de saúde, o que é uma unidade mais complexa, o que o PSF oferece, o SUS oferece, todas estas coisas você conhece nos conselhos, você adquire conhecimento. (CACTO – representante dos usuários).

Treinamentos: abertura para aprendizado; PSF se aproximando da comunidade (UMBUZEIRO – representante dos usuários).

Aprendizados: através do conselho, conseguir as coisas, orientações com palestras. (CASTANHOLA – representante dos trabalhadores).

Aprendizados? Apreendi, com a participação, compromisso dos conselheiros, principalmente representantes da comunidade” (MASTRUZ – representante dos trabalhadores).

A principal possibilidade apontada na fala da maioria, ou 15 dos conselheiros entrevistados (93,75%), encontra-se na efetiva construção de canal de diálogo, depois da implantação dos Conselhos Locais, entre comunidade x Secretaria de Saúde, na busca de uma gestão participativa. É possível observar, na fala dos entrevistados, o sentimento de pertencimento quando visualizam as soluções concretas do cotidiano dos serviços de saúde, que vão desde o atendimento prestado nas unidades, passando pelas mudanças na

infraestrutura, na formação e no acompanhamento das equipes de saúde. Esse empoderamento também aparece na relação com o Conselho Municipal de Saúde.

Quando o CLS é organizado, há maior escuta da gestão. Agilidade da gestão. Participação da comunidade na consciência para mudanças, amadurecimento da comunidade. Como acontece com o serviço público, a saúde. (AROEIRA – representante da gestão da Unidade de Saúde).

Conhecendo o projeto CLS, é ferramenta importante para a comunidade e para a gestão. Elo para trabalhar com a SMS. Nós somos uma família: comunidade, USF e Secretaria. (JENIPAPO – representante dos usuários).

A nossa principal conquista foi à duplicação dos serviços da unidade, tem o respeito da Secretaria de Saúde, que entende o conselho como atuante, isso motiva os conselheiros. (XIQUE-XIQUE – representante dos usuários).

A melhora no atendimento é sinal de acompanhamento das ações do CLS. (UMBUZEIRO – representante usuários).

O CLS é consultivo, mas apenas o CMS é deliberativo e fiscalizador. Necessitam rever os fluxos das demandas dos CLS enviando as atas para CMS para que seja cobrado diretamente ao secretário de saúde. (PRESIDENTE do CMS).

O primeiro desafio apontado pelos conselheiros e observado nos espaços de reunião dos conselhos locais está relacionado ao processo de educação permanente dos conselheiros de saúde, os movimentos de capacitação dos conselheiros e o diálogo com a educação popular.

O Conselho Municipal de Saúde já tem dinheiro em caixa para a formação dos conselheiros. Nós queremos fazer um movimento independente da SMS, trazendo para a capacitação um olhar da comunidade para comunidade, diferente das capacitações anteriores que só eram realizadas pela e com olhar dos gestores. (PRESIDENTE do CMS).

A capacitação dos conselheiros foi realizada pelos gestores da SMS, Conselho Municipal, eles trazem os temas. São poucas, não há periodicidade regular, a última ocorreu a 1 ano. (PALMA – representante dos usuários).

Capacitação de conselheiros uma vez em Salvador. Orientação sobre conselheiro, com fazer, deveres, etc. Capacitação na unidade saúde pela pesquisa. (CASTANHOLA - representante dos trabalhadores).

Os estudos de Escorel e Moreira (2009) colaboram com a análise de que é um importante desafio a capacitação dos conselheiros que, em muitas vezes, a pedagogia da cidadania é substituída pela capacitação dos conselheiros em aspectos muitas das vezes de ordem técnica, de responsabilidade de funcionários remunerados para esse fim, o que desqualifica a representação política que é o verdadeiro papel a ser desempenhado e, dessa forma, não aprimora nem a cidadania do representante, nem a instância democrática. Gohn (2006) também colabora com o tema quando afirma:

Os novos experimentos participativos desempenham papel educativo aos seus participantes; à medida que fornecem informações, os capacitam à tomada de

decisões e desenvolvem uma sabedoria política. Eles contribuem para o desenvolvimento de competências e habilidades a partir das experiências que vivenciam. Nesse sentido, contribuem para o desenvolvimento político dos indivíduos. (GOHN, 2006, p. 43).

Já a experiência do saber popular utilizado nos movimentos de aprendizados de participação popular é reformada na fala de Freire (2005, p. 58):

Aprender a reconhecer, captar o saber popular; o que é diferente de mostrar caminhos; o desafio é buscar caminhos, alternativas, trilhas, projetos, juntos, de mãos dadas com o povo e não pegá-lo pela mão e levá-lo pelos caminhos que escolhemos.

Outro desafio importante que se repete nas várias instâncias institucionalizadas de participação popular, sejam eles os Conselhos de Saúde Locais, Municipais e Estaduais, são as dificuldades com a falta de suporte logístico da parte do Poder Público para o desempenho das atribuições do conselho e que essa dificuldade se manifesta em questões corriqueiras, a exemplo da sala para reunião, material de digitação e até o livro-ata para registro das reuniões.

Temos dificuldades com a falta de sala para reuniões e apoio do CMS. Para a mobilização em busca de parcerias de estrutura, nem do CMS e nem da secretaria; material de digitação são os próprios conselheiros. Não houve registro da ata da eleição no cartório. Os conselheiros comprem tudo. (PALMA – representante dos usuários).

Nos estudos levantados por Lobato (2009), são elencados entre os entraves na construção dos espaços dos Conselhos de Saúde, a falta de recursos e a infraestrutura necessária para o funcionamento.

[...] cabe discutir os mecanismos próprios de participação na saúde. A par dos avanços das Conferências e conselhos, os estudos apontam entraves importantes, em especial para os Conselhos, com mais estudos conclusivos. Entre eles, destacam-se: (1) baixa representatividade; (2) baixa renovação de conselheiros; (3) amplitude de competências; (4) concorrência de competências com os poderes constituídos e eleitos, em especial as deliberativas; (5) falta de recursos para o cumprimento das atribuições; (6) corporativismo e (7) falta de compromisso político com os interesses coletivos.

Ao lado do reconhecimento dessa massiva participação social há inúmeras críticas sobre a atuação dos Conselhos de Saúde no Brasil. Estas são válidas, mas devem ser ponderadas. Por um lado, devido ao tempo de existência dos Conselhos ser relativamente pequeno (menos de 20 anos de experiência democrática participativa), por outro lado e, principalmente porque nesse curto espaço de tempo, a cultura política prevalecente não se modificou e se o autoritarismo e o clientelismo estão vigentes nos Conselhos também estão nos demais âmbitos da sociedade brasileira. Espera-se dos Conselhos um virtuosismo inexistente no universo representativo brasileiro (LOBATO, 2009, p. 7-8).

Outro desafio importante encontra-se em um dos papéis mais importante da participação, que é a mobilização e a organização da população, relatado por metade da

amostra pesquisada (8 entrevistados), que tem dificuldade na mobilização da comunidade, como colocada no Regimento Interno (2010, p.1), no art. 4º, dos CLS's:

Organizar a população para que lhe sejam garantidas melhores condições de saúde. Comunidade ainda não consciente, papel dela na saúde, importância na participação (AROEIRA – representante da gestão).

A comunidade tem dificuldade de participação, tem muitas reclamações. Não ocupa espaço. (UMBUZEIRO – representante dos usuários).

A maior dificuldade é conscientizar a comunidade sobre a importância do Conselho de Saúde e a participação dos jovens no Conselho, esta é a grande preocupação. (CACTO – representante dos usuários).

Esses desafios apresentados são reveladores de que os conselheiros ainda não estão preparados o suficiente para intervir com qualidade e conduzir a política de saúde, local dentro das suas competências, no município de Camaçari, bem como apontam para a necessidade de se pensar outras formas de educação permanente, em especial, utilizando a Educação Popular, não só envolvendo conselheiros, mas incluir lideranças comunitárias com vistas a garantir o maior envolvimento e mobilização da própria comunidade, bem como organizar uma infraestrutura mínima na estruturação dos CLS, assegurada pela Secretaria de Saúde Municipal.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se propôs a estudar a experiência da participação popular nos espaços dos Conselhos Locais de Saúde de Camaçari, conhecendo o histórico do movimento de formação dos Conselhos Locais de Saúde, apresentando o perfil dos conselheiros e analisando os espaços de educação permanente como motivações de participação, bem como identificando as principais ações e desafios na construção do CLS e com a dimensão político-pedagógica envolvidos no diálogo entre os atores dos movimentos sociais, os trabalhadores e os gestores na construção da participação popular local.

O município de Camaçari tem movimento histórico na formação dos Conselhos Locais de Saúde, as primeiras experiências datam no ano de 1983, anos antes da consolidação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, no seu artigo 198, que fala da participação da comunidade como uma das diretrizes da saúde brasileira. Todavia, este movimento foi intensificado a partir do ano de 2005, ano do primeiro mandato da gestão do Partido dos Trabalhadores, configurando como Política da Secretaria de Saúde do município, inclusive com uma Coordenação de Controle Social ligada à Diretoria da Atenção Básica.

Quanto ao perfil dos conselhos e conselheiros de saúde, foi observado que as experiências mais antigas estão nas comunidades da periferia da cidade, apontando que estas partiram de iniciativas da movimentação popular, a maioria dos conselheiros são representantes das comunidades (usuários), com a presença, principalmente, das mulheres, adultos e idosos, apresentando escolarização de ensino médio, muitos destes envolvidos com movimentos sociais do bairro ou da cidade de Camaçari.

Quanto ao ingresso nos Conselhos Locais de Saúde, foi evidenciado que há uma organização de eleições em todos os conselhos, especialmente para o segmento dos usuários, mas ainda aparecem conselheiros que foram indicados, sejam da gestão ou representantes dos trabalhadores. Comungando com o tempo de criação e fortalecimento dos CLS, a maioria dos conselheiros encontra-se no primeiro mandato, apesar de alguns citarem que vem participando destes espaços há mais tempo. É possível apontar o papel importante da Coordenação do Controle Social da Secretaria de Saúde Municipal no apoio, desde a mobilização das comunidades, no processo de eleição dos conselheiros e da mesa diretora, até nos processos de capacitação.

Quanto ao processo de educação permanente, a maioria dos conselheiros não tinha realizado qualquer tipo de capacitação, como não há definição da responsabilidade deste processo, bem como uma articulação com o Conselho Municipal de Saúde. Este é uma

atividade inerente a criação de qualquer espaço de participação popular, especialmente a formação política dos conselheiros e o diálogo com os saberes populares.

As mobilizações para a criação dos CLS apontaram algumas motivações, a saber: utilização do CLS como arma do cidadão; a possibilidade de aproximação do cotidiano das ações de saúde do bairro; a corresponsabilidade e a fiscalização dos serviços públicos de saúde, portanto, o avanço predominante desta participação é de realizar o Controle Social.

A partir desta pesquisa pode-se apontar algumas possibilidades na construção da participação popular nos espaços institucionalizados dos CLS, a seguir: os espaços mostram-se como canal na construção da descentralização do poder a partir de uma gestão participativa na política de saúde; o empoderamento comunitário, bem como dos trabalhadores de saúde, com efetivo acompanhamento das ações locais, mas uma incipiente para a construção de uma nova cidadania, quando dialogada com a cultura paternalista. Eles também relataram uma aproximação entre a comunidade e as equipes de saúde, bem como um espaço de aprendizado importante e uma articulação dos movimentos sociais locais.

Quanto à participação dos conselheiros na efetivação das ações de saúde destes territórios, pode-se perceber avanços importantes como previsto pela própria Constituição Federal que prever a participação comunitária como diretriz do Sistema Único de Saúde, que o estudo mostra necessidade de aprimoramento, sem fazer o caminho de volta, ou seja, pensar as políticas significa dialogar com as necessidades e a participação direta da comunidade, seja localmente, como é o caso da unidade de saúde, seja pensar mais macro, como previsto nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Contudo, para a efetivação da participação popular local, com a construção da descentralização do poder e de uma nova cidadania, também foram apontados alguns desafios, como: ofertar infraestrutura mínima necessária para o funcionamento dos CLS, desde material para registro das reuniões até recursos para registro em cartórios. Outro desafio é a organização de uma Política de Educação Permanente dos conselheiros de saúde, especialmente articulada com o Conselho Municipal de Saúde, com foco na formação política e ênfase na Educação Popular, bem como fortalecer a articulação dos conselheiros locais de saúde com os movimentos sociais locais, junto à representatividade dos CLS. Por último, é necessário articular e fortalecer o apoio da Secretaria de Saúde Municipal e Conselho Municipal de Saúde aos Conselhos Locais de Saúde, especialmente no processo de mobilização comunitária e estruturação dos CLS.

Finalmente, é possível que eu ainda deva ter contas a prestar em relação aos objetivos inicialmente propostos para este estudo, mas que estas brechas possam estimular outros

companheiros na luta pela saúde, bem como a propor outros desafios não vislumbrados aqui e aprofundar ainda mais estudos sobre a participação popular em Conselhos Locais de Saúde pelo País.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Marilene Santos de Oliveira; COSTA, Mônica Maria da Silva Moura (Orgs.). **A participação popular no exercício do controle social na comunidade de Nossa Senhora da Vitória em Ilhéus- Bahia**. Ilhéus, Scielo, 2003.
- BAQUERO, Marcello. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p. 129-50.
- BARDIN, Laurence. **Metodologia e análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.
- BASTOS, Anna. **O maior PIB industrial do Nordeste**. Camaçari: Prefeitura Municipal de Camaçari. 2010. Disponível em: <http://www.camacari.ba.gov.br/portal/detalhe_noticia.php?cod_noticia=3061>. Acesso em: 10 abr. 2011.
- BEISIEGEL, Celso de Rui. A educação popular como leitura do mundo. **Revista Educação: História da Pedagogia**, 2010.
- BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, nº 182, 1-5, 20 de setembro de 1990a.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-relacionamentos de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, nº 182, 25694-95, 31 de dezembro de 1990b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Seção 1, nº 61, 71-6, 29 de março de 2006.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 ago. 2011.
- BONETI, Lindomar Wessler. Educação e movimentos sociais hoje. In: JEZINE, Edineide; ALMEIDA, Maria de L. Pinto. **Educação e movimentos sociais: novos olhares**. Campinas, Alínea, 2007, p.55-70.
- BRAVO, Maria Inês. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. Superando desafios. **Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro/UERJ /HUPE, v. 4, 1999.
- CALADO, Alder Júlio Ferreira. Movimentos sociais por uma sociabilidade alternativa: enfrentamentos e apostas. In: JEZINE, Edineide; ALMEIDA, Maria de L. Pinto. **Educação e movimentos sociais: novos olhares**. Campinas, Alínea, 2007, p.93.

CALDERÓN, Fernando. Inflexión histórica: la situación socioinstitucional en el cambio político de América Latina. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p. 83-100.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p. 102-21.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: editora FioCruz, 2009b, 208 p.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In.: MATO, Daniel (Coord.). **Políticas de cidadanía y sociedade civil em tiempos de globalización**. Caracas: FACES/Universidad Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

DE LUCA, Marcelo. **Participação Política e Controle Social no SUS: um estudo sobre o Conselho Nacional de Saúde e a sua relação com a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2010.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

FEITOSA, Ronney da Silva. Educação popular e emancipação humana: matrizes históricas e conceituais na conquista do reino da liberta. In: ROSAS, Agostinho da Silva; MELO Neto; José Francisco de (Orgs.). **Educação popular: enunciados teóricos**. Editora Universitária/UFPB, 2008.

FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2005.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 1, jan. /abr. 2006. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=03_ART01_Gohn.indd+11&btnG=Pesquisar&lr>. Acesso em: 10 ago. 2011.

_____. Movimentos sociais, políticas públicas e educação. In: JEZINE, Edineide; ALMEIDA, Maria de L. Pinto. **Educação e movimentos sociais: novos olhares**. Campinas. Alínea, 2007.

IBGE. Biblioteca (acervo). **Camaçari**. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/bahia/camacari.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

JEZINE, Edineide. Educação e sociedade: os movimentos sociais como interlocutores das mudanças paradigmáticas. In: JEZINE, Edineide. SCOCUGLIA, Afonso Celso. (Orgs.). **Educação e movimentos sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2006, p. 23-35.

KAUCHAKJE, Samira. Movimentos sociais no século XXI: matriz pedagógica da participação sociopolítica. In: ALMEIDA, Maria de Lourdes Pinto; JEZINE, Edineide. (Orgs.). **Educação e movimentos sociais: novos olhares**. Campinas, SP: Alínea, 2007, p.75.

LABRA, Maria Eliana. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a prática predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p. 176.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos. **Participação, democracia e saúde**. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p. 7-8.

LÖWY, Michael. **Por um marxismo crítico**. Ed. Lutas Sociais, 1997, p. 01-39.

MELO NETO, José Francisco de. **Educação Popular: sistema de teorias intercomunicantes**. 2008.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

RIBEIRO, Fernanda Brito. **Processo de implantação dos conselhos locais de saúde no município de Feira de Santana-BA: a construção de uma nova prática?** 2010, 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010.

SALES, Ivandro. **Os desafios da gestão democrática**. Em diálogo com Gramsci. 2. ed. Sobral, CE: UVA. Recife: Editora da UFPE, 2006.

SANDES-SOBRAL, Léa Ester. **Complexidade territorial e desenvolvimento: tendências e perspectivas da urbanização no litoral de Camaçari-BA**. 2008. 432f. Tese (Doutorado em Planificación Territorial y Desarrollo Regional). Universidade de Barcelona, Barcelona, 2008.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Pelas Mãos de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade**. Edições Afrontamento, Porto, 1994.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Implantação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, Maria do Carmo, TEIXEIRA, Ana Claudia (Orgs.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000, p.15-21.

SANTOS, Maria Verônica do Nascimento Fernandes. **O processo participativo dos idosos na atenção básica à saúde: estudo da experiência do movimento de educador@s populares no município de Recife/PE**. 2009. 123f. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal da Paraíba, 2009.

SANTOS, Tania Steren dos. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. A pesquisa social. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p.120-56, jan./jun. 2009.

SCHERER-WARREN, Ilse. Pesquisa e ação educativa com os movimentos sociais no campo no Brasil. In: JEZINE, Edineide; ALMEIDA, Maria de L. Pinto. **Educação e movimentos sociais: novos olhares**. Campinas, Alínea, 2007, p. 91-204.

SILVA, José Carlos. **Educação popular em saúde e institucionalização**. 2006, 232f. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal da Paraíba, 2006.

SOARES, Carlos Hilton Albuquerque. et al. A participação social em Sobral-CE: experiências que versam sobre a gestão compartilhada. **SANARE, Revista de Políticas Públicas**. Participação Social e Saúde, Sobral, CE, v. 8, n. 1, pag. 6-11, jan./jun. 2009.

SOUSA, Maria Lidiany Tributino. et al. Participação social no bairro Vila União em Sobral-CE: desvelando percepções e novos arranjos participativos a partir da vivência da Residência multiprofissional em Saúde da Família. **SANARE, Revista de Políticas Públicas**. Participação Social e Saúde, Sobral, CE, v. 8, n. 1, p. 18-23 jan./jun. 2009.

SOUZA, João Francisco. Educação popular enquanto uma pedagogia, movimentos sociais populares locus educativo. In: ALMEIDA, Maria de Lourdes Pinto; JEZINE, Edineide. (Orgs.). **Educação e movimentos sociais: novos olhares**. Campinas, SP: Alínea, 2007, p. 123-54.

SOUZA, Francisca Lopes et al. Educação permanente para o controle social no SUS: a experiência de Sobral-CE. **SANARE, Revista de Políticas Públicas**. Participação Social e Saúde, Sobral, CE, v. 8, n. 1, p. 12, jan. /jun. 2009.

TEIXEIRA, Elinaldo Celso. Movimentos Sociais e Conselhos. **Caderno Abong**, 1996. Disponível em: < empreende.org.br >. Acesso em: 20 out. 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 13, 2004, pag.67-83.

_____. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p.270.

VASCONCELOS, Ruth. A dimensão educativa e o potencial “subversivo” dos movimentos sociais: o reconhecimento dos direitos na construção da identidade coletiva. In: JEZINE, Edineide; SCOCUGLIA, Afonso Celso. (Orgs.). **Educação e movimentos sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Vimos por meio desta, solicitar a autorização do Senhor (a) Secretária de Saúde do município de Camaçari para a realização da pesquisa intitulada “A participação Popular em Conselho Local de Saúde de Camaçari – Ba: um olhar a partir do envolvimento dos usuários”. Tal pesquisa fará parte da Dissertação de Mestrado do aluno Francy Webster de Andrade Pereira, mestrando em Educação pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Os objetivos desta pesquisa são conhecer a participação dos usuários e movimentos sociais nos Conselhos Locais de Saúde (CLS), analisar os espaços de educação permanente dos conselheiros, avaliar a participação dos usuários nas ações realizadas nas Unidades de Saúde onde têm CLS formados e refletir os processos pedagógicos entre usuários, trabalhadores e gestores que participam dos CLS a partir da educação popular, a fim de aprofundar o papel do CLS na Participação Popular e Controle Social no município de Camaçari. Os dados serão coletados a partir da primeira semana do mês de dezembro de 2010 e finalizando até a segunda semana de janeiro 2011. Nesta pesquisa será aplicado um questionário com questões gerais, na primeira fase, para todos os conselheiros de 5 CLS e depois teremos entrevistas com conselheiros usuários, trabalhadores e gestores de 2 CLS de escolhidos de forma aleatória. Antes da coleta de dados o projeto de pesquisa, em conjunto com esta solicitação, será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde/UFPB.

Atenciosamente,

Camaçari ,18 de Novembro de 2010

Francy Webster de Andrade Pereira – Mestrando Pesquisador

Dr. Orlandil Lima Moreira

(Professor da UFPB/PPGE -Pesquisador)

APÊNDICE II- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



A Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através da coordenação do Professor / pesquisador Dr. Orlandil Lima Moreira e participação do pesquisador colaborador, o estudante do Programa de Pós-Graduação em Educação, Francly Webster de Andrade Pereira, estão realizando a pesquisa intitulada: **“A participação Popular em Conselho Local de Saúde de Camaçari-BA: um olhar a partir do envolvimento dos usuários.”** Os objetivos desta pesquisa são compreender o processo de mobilização, organização e estruturação dos CLS em defesa da saúde no município de Camaçari, analisar o processo de trabalho dos membros dos CLS de Camaçari em defesa da saúde e discutir as dificuldades, as conquistas, e as possibilidades a partir da atuação dos CLS na defesa das políticas públicas de saúde na perspectiva dos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos com os CLS. Este estudo é importante, pois poderá possibilitar não apenas o conhecimento de uma das formas do exercício da Participação Popular e do Controle Social na cidade de Camaçari, mas também a oportunidade para discutir a forma de contribuição para a melhoria do exercício do controle social, haja vista que se trata de um direito legal importante para a construção e implementação de políticas públicas de saúde. Além disso, esta pesquisa deverá contribuir com a produção de novos conhecimentos a cerca do exercício do controle social no sentido de superar os entraves políticos e burocráticos, despertar reflexões sobre a temática entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores e gestores e fomentar discussões levando a construção de uma nova prática. Para a coleta dos dados será necessário observar as reuniões da organização dos CLS para acompanhar seu processo de organização, aplicar questionários com os membros dos CLS e entrevistar alguns usuários, trabalhadores e gestores que fazem parte do trabalho de construção do conselho além de avaliar os documentos existentes sobre os CLS. As pessoas que participarem da pesquisa não terão gastos financeiros e nem sua identidade revelada, caso queiram desistir poderão deixar de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, as entrevistas ocorrerão em local isolado com total privacidade. Caso permita, a entrevista será gravada e, posteriormente, ouvida a gravação, esse material será guardado na UFPB por um período de 05 anos e depois destruído pelas pesquisadoras. Também será respeitada a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, sendo indenizado caso aconteça qualquer dano imediato ou tardio. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão estar relacionados às questões que levem a dificuldade de relacionamento da pesquisadora e o entrevistado, como também quanto às questões a serem respondidas nas entrevistas que podem trazer constrangimento, caso não saibam respondê-las devido timidez ou vergonha. É importante lembrar que você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Caso não queira mais participar da pesquisa, não terá nenhum problema ou prejuízo de não querer expressar sua opinião. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores no Centro de Educação – Programa de Pós- Graduação Educação da UFPB, em João Pessoa – Paraíba, tel.: (83) 3216-7140. Assim, caso concorde em participar, informamos que as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos, divulgadas em congressos, estudos e publicadas em revistas. Sendo assim, se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, deverá assinar inclusive os pesquisadores, este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia e outra com o pesquisador.

Camaçari, ____ de _____ de 2011.

Entrevistado

Francly Webster de Andrade Pereira/Pesquisador

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA



Universidade Federal da Paraíba – UFPB

CE / PPGE - Mestrado em educação popular

Pesquisa: **“A participação Popular em Conselho Local de Saúde de Camaçari – Ba: um olhar a partir do envolvimento dos usuários”.**

Mestrando: Francy Webster de Andrade Pereira Mat.: 100190168

Nome: _____ USF _____

Endereço: _____ idade: _____

Grau de Escolaridade: Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino superior ()

Segmento representa no CLS: Usuário () Trabalhador ()

Tempo no CLS: até 6 meses () 6 meses a 1 ano () + de 1 ano ()

Mandato: 1º () 2º () 3º ()

Ocupa coordenação do CLS ou Mesa diretora? Sim () Não ()

Forma de entrada no CLS: eleição do segmento () indicação () outra () especificar _____

Participa de algum Movimento Social (associação de moradores, Igreja, sindicato):

Sim () qual _____ Não ()

Participou de alguma capacitação de conselheiro: Sim () Não ()

Participação no Conselho Municipal de Saúde: Sim () Não ()

APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS CONSELHEIROS



1. Apresentação do entrevistado (nome, profissão ou ocupação, estado civil, representatividade, idade, tempo no conselho, outros movimentos de sociais que participa).
2. Como foi o ingresso no Conselho Local de Saúde (CLS)?
3. Quais as motivações de participar do CLS?
4. Como se deu a criação do CLS desta Unidade de Saúde?
5. O que é Controle Social e Participação Popular?
6. Como acontecem as reuniões, qual periodicidade, definição de pautas e aprovação dos problemas em debate? (Funcionamento e dinâmica das reuniões)
7. Quais são as formas de registro das reuniões?
8. Como se dá a relação dos conselheiros locais, gestores e trabalhadores da Unidade de Saúde?
9. Aconteceram/acontecem movimentos de capacitação/formação para os conselheiros?
10. Quais as principais mudanças/conquistas no serviço de saúde a partir da formação do Conselho Local de Saúde?
11. Quais as dificuldades de fazer Controle Social pelo CLS?
12. Quais os aprendizados desenvolvidos na participação do CLS?
13. Há reconhecimento da comunidade quanto ao papel do CLS na melhoria da saúde do bairro?
14. Finalizando...

**APÊNDICE VI - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA EQUIPE DE GESTÃO
(COORDENADORES DO CONTROLE SOCIAL EM CAMAÇARI E/OU DE
UNIDADES DE SAÚDE)**

1. Apresentação do Gestor? (nome, função, quanto tempo na gestão municipal?)
2. Qual a Política municipal da Atenção Básica/APS? E qual o papel na Rede de Serviços de Saúde?
3. Como estão organizados os Conselhos Locais de Saúde?
4. Qual o papel dos CLS e Conselheiros junto as Unidades de Saúde Básica e de Saúde da Família?
5. Como você ver a participação dos usuários dentro dos CLS?
6. Como a SMS organizar capacitações/educação permanente dos CLS?
7. Quais as conquistas e dificuldades do Controle Social a partir do funcionamento dos CLS?

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



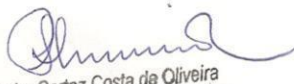
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/03/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE EM CAMACARI - BA: UM OLHAR A PARTIR DO ENVOLVIMENTO DOS USUÁRIOS.** Protocolo CEP/HULW nº. 111/2011, Folha de Rosto nº 408387, CAAE Nº **0452.0.000.126-11** do pesquisador **Francy Webster de Andrade Pereira.**

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 06 de abril de 2011.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

ANEXO II – REGIMENTO INTERNO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS's)

1

REGIMENTO INTERNO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS's) Em Unidades de Saúde do Programa de Saúde da Família

Capítulo I

Da Instituição

Art. 1º: O presente Regimento Interno regula as atividades e atribuições dos Conselhos Locais de Saúde (CLS's) no âmbito do Sistema Municipal de Saúde de(município).

Capítulo II

Das Finalidades

Art. 2º: A organização e funcionamento dos CLS's têm por finalidade, possibilitar a participação organizada da população na administração dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde do Programa de Saúde da Família, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, o que inclui a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação de sua saúde, bem como o atendimento integral à saúde dos indivíduos e da comunidade.

Capítulo III

Dos Princípios

Art. 3º: A participação popular nos serviços de saúde e na elaboração das políticas de saúde, é garantida pelas Constituições Federal e Estadual e Lei Orgânica do Município.

Capítulo IV

Das Atribuições

Art. 4º: São atribuições dos CLS's:

- a) Tomar conhecimento dos problemas de saúde da população, principalmente, os do seu bairro e região;
- b) organizar a população para que lhe sejam garantidas melhores condições de saúde;
- c) proporcionar meios de informação para os usuários da Unidade de Saúde, de interesse da saúde coletiva, bem como, das atividades desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) despertar o interesse dos moradores da Região, a fim de obter a sua participação ativa e consciente na identificação e busca de soluções para os problemas de saúde;
- e) representar a população perante as autoridades competentes, dentro de suas atribuições e por delegação dos seus pares;
- f) acompanhar e avaliar as atividades das Unidades de Saúde e os serviços prestados à população;
- g) participar do planejamento das ações locais de saúde, bem como acompanhar e avaliar o impacto das ações desenvolvidas sobre a situação de saúde da comunidade.

Capítulo V

Da Composição dos CLS's

Art. 5º: Farão parte dos CLS's, os representantes dos Usuários, da Administração Pública de Saúde e dos Servidores das Unidades de Saúde, sendo este tripartite e paritário entre os representantes dos Usuários e o conjunto dos demais Conselheiros.

Art. 6º: Os CLS's das Unidades de Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) serão compostos por seis (06) membros Efetivos, com seus respectivos Suplentes; três (03) dos Usuários, dois (02) Representantes da Unidade de Saúde, sendo: (01) obrigatoriamente a Chefia da Unidade, (01) Representante dos Servidores e (01) um, do nível central da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Único: O Secretário Municipal da Saúde poderá delegar à Chefia da Unidade a representação dos interesses da administração central sem cumulação de voto, sendo neste caso escolhido outro representante dos servidores da unidade para garantir a paridade entre usuários e prestadores de serviços de que trata o Art. 5º.

Art. 7º: No caso da existência de Unidades Regionalizadas, os Conselheiros dessas Unidades serão escolhidos entre os Conselheiros dos CLS's existentes na área de abrangência do Distrito Sanitário.

Art. 8º: No caso da existência de Unidades de Referência Municipal, o Conselho Local de Saúde dessas Unidades serão compostos por oito (08) membros Efetivos com seus respectivos Suplentes, sendo quatro representantes (04) dos Usuários, (02) dois representantes dos Servidores, (01) um da Chefia da Unidade e (01) um do Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 9º: Os CLS's das Unidades de Referência Municipal terão seus (04) quatro Membros dos Usuários e seus respectivos Suplentes eleitos entre os conselheiros dos usuários dos CLS's existentes no município, preferencialmente na proporção regional que melhor represente a distribuição populacional no município.

Art. 10: Na ausência da Chefia da Unidade, o seu Suplente será o Servidor que responder de fato pela Unidade.

Art. 11: Os Membros representantes de Usuários, componentes dos CLS's, deverão residir na área de abrangência da Unidade de Saúde, ter comprovação de moradia e, ter, no mínimo, dezoito (18) anos de idade.

1º: Em caso de mudança de residência do Conselheiro da área de abrangência da Unidade de Saúde, será o mesmo, automaticamente, desligado do CLS, dando-se posse ao seu Suplente.

2º: Para efeito deste Regimento Interno, considera-se área de abrangência da Unidade de Saúde, àquela indicada pelo processo de territorialização definido para a implantação das equipes do Programa de Saúde da Família, excluindo-se o caso dos CLS's indicados no Art. 9.

Art. 12: Será destituído do CLS, através de votação dos demais Membros, o Conselheiro que infringir qualquer disposição do presente Regimento Interno, dando-se neste caso amplo direito à defesa do interessado.

Art. 13: Ensejará, ainda, a destituição, quando da ausência injustificada do Conselheiro em três reuniões consecutivas, ou cinco intercaladas no mesmo exercício.

1º: A votação da destituição dos Membros se dará pelo sistema de maioria simples.

2º: Da decisão que destituir Membros, caberá recurso à Diretoria Executiva do CMS, devendo ser lavrado o recurso na Ata da reunião que decidiu pela destituição.

3º: A análise do recurso será feita na primeira reunião da Diretoria Executiva do CMS, subsequente àquela que votou a destituição.

4º: Na reunião de análise do recurso, será assegurado aos recorrentes o direito de se manifestar e/ou apresentar documentos.

5º: O registro de recurso realizado conforme definido no # 3º terá efeito suspensivo até deliberação do CMS.

6º: O membro que for destituído do CLS, não poderá se candidatar a cargo de Conselheiro de Saúde por um período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses.

Art. 14: Quando impossibilitado de exercer sua função, temporária ou definitivamente, o Membro do CLS será automaticamente substituído pelo seu Suplente.

1º: O afastamento temporário de que trata o presente Artigo, não poderá exceder a três meses corridos, os quais não poderão ser prorrogados.

2º: A ausência justificada deverá ser comunicada, por escrito, ou registrada em ata, antes da ocorrência do fato.

Capítulo VI

Das Eleições dos Membros Representantes de Usuários dos CLS's

Art. 15: Os Membros Representantes de Usuários dos CLS's serão escolhidos pelos moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde, através de eleição direta, na qual poderão votar todos os moradores maiores de dezesseis anos de idade, alfabetizados, ou não, mediante comprovação de moradia, excluindo-se o disposto no Art. 9.

Parágrafo Único: Servidores da Secretaria de Saúde e da Prefeitura Municipal não poderão votar nem serem votados na representação dos usuários dos serviços de saúde.

Art. 16: É obrigatório às Chefias das Unidades de Saúde, divulgar com pelo menos trinta dias de antecedência e pelos meios mais amplos possíveis, em sua área de atuação, os prazos para as inscrições e a data da eleição da representação dos usuários.

Parágrafo Único: As inscrições para a função de representação deverão ocorrer até sete dias antes da data prevista para as eleições.

Art. 17: As urnas e as cédulas serão providenciadas pela Administração da Unidade de Saúde com o apoio do CMS e SMS.

1º: As eleições, realizadas em Plenária, deverão ter um Livro de Registro para registro dos votantes.

2º: Será lavrada Ata do processo eleitoral em livro próprio do CLS da Unidade de Saúde.

Art. 18: As apurações serão realizadas logo após o encerramento da votação, presidida por Representante do CMS ou da Secretaria Municipal de Saúde, no mesmo local e na presença de candidatos ou fiscais designados pelos mesmos.

Art. 19: Serão vencedores os Representantes de Usuários que obtiverem maioria simples de voto, sendo Suplente, por ordem, os seguintes mais votados, não sendo estabelecida correspondência individual entre Titular e Suplente.

Art. 20: Do resultado das eleições caberá recurso, a ser encaminhado ao CMS, dentro do prazo de cinco dias úteis após a eleição.

Parágrafo Único: Serão apenas considerados os recursos fundamentados na Ata da eleição.

Art. 21: O mandato dos conselheiros eleitos será de dois anos, sendo permitida uma única recondução.

Art. 22: Os membros representantes dos Servidores dos CLS's serão escolhidos dentre os servidores da Unidade, excluindo-se aqueles em cargo de Comissão (Gerência ou Chefia).

1º - O processo de escolha será aquele determinado pela Unidade, devidamente lavrado em Ata assinada por todos os participantes.

2º - Do processo de escolha será dada ciência a todos os servidores da Unidade, com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência.

Capítulo VII

Do Funcionamento

Art. 24: Os CLS's reunir-se-ão, ordinariamente, com frequência mensal e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, por convocação do Coordenador, ou por solicitação subscrita por metade mais um dos seus Membros.

Art. 25: As reuniões dos CLS's serão realizadas nas Unidades de Saúde a que estiverem vinculados, em dias e horários determinados por consenso do Grupo.

Art. 26: As reuniões dos CLS's serão abertas a toda Comunidade local, bem como aos Funcionários da respectiva Unidade, tendo os presentes direito a voz. O direito de voto é reservado, apenas, aos Membros Titulares do CLS ou aos suplentes em substituição de titulares ausentes.

Art. 27: Na primeira reunião dos CLS's deverá ser eleito, entre os Membros, o Secretário. O Coordenador do CLS será o Representante da Chefia da Unidade de Saúde.

Art. 28: Será iniciada a reunião pela leitura, discussão e votação da Ata anterior, registrada em livro próprio. Após a aprovação da mesma, com ou sem rasuras, ela será assinada pelos Membros presentes e permanecerá aos cuidados do Secretário.

Art. 29: No exercício de suas funções, os Membros dos CLS's possuem os seguintes direitos:

- a) recorrer ao CMS, sempre que, sem explicação convincente, o CLS não tiver suas reivindicações e reclamações atendidas, nos níveis local e distrital;
- b) obter, na própria Unidade, vista de documentos, desde que o requeiram, por escrito, com fundamento em legítimo interesse social e desde que não sejam documentos sujeitos ao sigilo da ética profissional;
- c) obter informações sobre os serviços prestados pela Equipe de Saúde e sobre o desempenho da Unidade de Saúde;
- d) divulgar aos Usuários da Unidade, as atividades de Saúde organizadas pelo Conselho, e;
- e) obter informações junto aos Usuários da Unidade, referentes ao atendimento e funcionamento da mesma;
- f) participar do planejamento, acompanhamento e avaliação da programação de atividades da Unidade de Saúde.

Art. 30: O CLS deliberará por consenso dos seus Membros efetivos. Quando não conseguir o consenso, será procedida votação por maioria absoluta (50% mais um). Em caso de empate, após uma segunda discussão e votação, caberá o desempate mediante voto do Coordenador.

Art. 31: No final de cada reunião, o Coordenador organizará a Pauta da reunião seguinte.

Art. 32: Cabe ao Representante dos Usuários do CLS: