

“Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS”

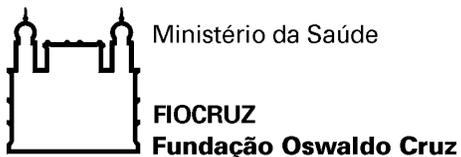
por

Mariana Corrêa de Matos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro, junho de 2010.



Esta dissertação, intitulada

“Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS”

apresentada por

Mariana Corrêa de Matos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M433 Matos, Mariana Corrêa de
Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS. / Mariana Corrêa de Matos. -- 2011.
127 f.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Conselhos de Saúde. 2. Participação Social. 3. Democracia.
4. Promoção da Saúde. 5. Educação Continuada. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10524

AGRADECIMENTOS

No correr da vida, deixamos pouco tempo para as declarações de carinho, o que faz do agradecer um aprazível exercício, um momento de colocar em palavras, tudo o que o cotidiano inibiu. Durante a elaboração da dissertação algumas pessoas, cada uma a sua maneira, colaboraram para que tudo terminasse a bom termo e a elas agora agradeço.

Primeiramente, agradeço à Maria de Fátima L Tavares, a Fafá, que de modo muito querido e sensível foi ao mesmo tempo rígida e compreensiva, respeitando o meu tempo de amadurecimento e acreditando na minha competência.

Dedico a minha família agradecimentos especiais. Aos meus pais, Guacira e Jardel, que contribuíram nesse momento com o mesmo carinho e dedicação que sempre me deram desde os meus primeiros desafios. A minha querida avó, Nirce, que me ensinou a estudar e que até hoje acompanha e participa da minha vida, é um presente tê-la tão presente e tão ativa. Ao meu tio, Guaraci, pelo apoio e pelo orgulho que tem de mim. Ao meu irmão, Gabriel, que esteve sempre próximo e me permitiu ter o meu fusca, Hugo, que me levou honestamente à ENSP e a tantos outros lugares durante esses dois anos. A Carolina, a Bebeth e a Ariceli que também acreditaram e me incentivaram durante todo o tempo. Ao meu avô, que embora não esteja mais entre nós, contribui com a mais rica herança que alguém pode deixar, os seus tão estimados livros.

Aos colegas da ENSP agradeço as risadas, os cafés e as trocas de idéias.

À banca de qualificação, Prof. Willer Marcondes e Sarah Escorel, agradeço as ricas contribuições.

Ao Álvaro Nascimento e à Suely Rozenfeld, agradeço o apoio.

Agradeço, também, à ENSP e todos os funcionários que viabilizam as condições necessárias à realização do curso.

Aos membros do Conselho Distrital, os entrevistados e em especial a presidência e a executiva, que muito me ensinaram e contribuíram, abrindo portas e dedicando tempo de suas atribuladas rotinas.

E, com muito amor, agradeço a companhia, o amor, os carinhos, as músicas e tudo o que constrói uma relação verdadeiramente amorosa que o meu

companheiro Caio Márcio dedicou-me. Ele esteve sempre ao meu lado, me incentivando e não há palavras que aqui descrevam o quanto foi importante.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

CIMS - Comissão Intermunicipal de Saúde

AP - Áreas de Planejamento

CEAP - Comissões Executivas de Área de Planejamento

GEL - Grupos Executivos Locais

AIS - Ações Integradas de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

CAP - Coordenadoria da Área Programática

RESUMO

Os Conselhos de Saúde, espaços destinados à participação social nos rumos das políticas de saúde, significam um avanço democrático para o Brasil. Faz-se fundamental, no entanto, que haja uma visão crítica sobre a legitimidade destes colegiados. A institucionalização de instâncias como os conselhos de saúde em muito favorece o controle social, mas é necessário também que a participação da sociedade seja ativa e qualificada. Os cursos de capacitação para conselheiros de saúde são iniciativas pautadas na proposta de educação permanente para o controle social na saúde. A finalidade dos cursos é fornecer subsídios para a qualificação dos conselheiros. As políticas do Estado para a educação permanente propõem que os processos educativos sejam realizados utilizando-se métodos participativos. O objetivo deste estudo foi analisar a dinâmica de um Conselho Distrital de Saúde do Município do Rio de Janeiro e seu curso de capacitação de conselheiros sob a perspectiva dos próprios atores. Para isso, adotou-se um percurso metodológico qualitativo que envolveu entrevistas, observação participante e pesquisa documental. A compreensão dos dados foi feita pela triangulação das evidências e a discussão procurou relacionar a dinâmica do conselho e as contribuições da capacitação sob a perspectiva dos conselheiros. Dessa forma, a dissertação busca contribuir com a formação de bases mais sólidas para o controle social, no sentido de fortalecer o debate sobre a importância da participação social nos diversos setores da política, tomando como exemplo o caso da saúde.

Palavras-chave: conselhos de saúde; participação social; controle social; educação permanente;

ABSTRACT

The Health Councils, forums for social interaction in health policy guidelines definition, represent a democratic breakthrough in Brazil. However, a critical stand point on the legitimacy of these collegiate bodies is essential. The institutionalization of bodies, such as the health councils contributes to civil involvement, nevertheless such participation ought to be active and qualified. The training courses for health councilors are initiatives guided by the proposal of continued education for social control in the unified health system. The goal of these courses is to provide tools for qualification of councilors. The national policy for continued education of health councilors suggests hands on approach during training. The purpose of this research is to analyze the dynamics of a District Health Council in the municipality of Rio de Janeiro, as well as, its training courses for counselors from the perspective of those undergoing the process. A qualitative methodological approach was used, which included interviews, active observation and documental research. Data triangulation methods were used for analysis. This work tried to relate the dynamics of the council and its contributions from the perspective of the counselors. Thus, the study intends to contribute to the creation of the social control principles and to strengthen the discussion about the importance of social participation in different sectors of politics, in this case concerning the health system.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Motivações, Implicações e Argumentos.....	10
1.2	Delimitação dos Objetivos da Pesquisa.....	12
1.3	Estrutura da Dissertação.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	Contextualização Histórica.....	15
2.2	Participação Social/ Controle Social.....	17
2.3	Participação Social e Democracia.....	18
2.4	Promoção da Saúde.....	21
2.5	Os Conselhos de Saúde.....	22
2.6	A Origem dos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro.....	23
2.7	A Educação Permanente para o Controle social no SUS e o empoderamento.....	26
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
3.1	Abordagem Metodológica.....	30
3.2	Delineamento da Pesquisa.....	32
3.3	Cenário e Sujeitos da Pesquisa.....	34
3.4	Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados.....	39
3.4.1	Triangulação de métodos.....	39
3.4.2	Entrevista semi-estruturada.....	40
3.4.3	Observação participante.....	42
3.4.4	Pesquisa documental.....	44
3.5	Compreensão dos Dados - Análise de Conteúdo.....	45
3.6	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1	O Cenário e o Contexto da Pesquisa.....	49
4.1.1	Algumas notas.....	49
4.1.2	Características do Conselho Distrital de Saúde e de sua área de planejamento.....	50

4.1.3	O funcionamento e a estrutura do conselho distrital de saúde.....	51
4.2	Os Atores – Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa.....	54
4.3	Aspectos Relacionados à Legitimidade do Conselho e da Função do Conselheiro de Saúde.....	58
4.3.1	A Representatividade.....	58
4.3.2	A Autonomia.....	67
4.3.3	Os principais limites encontrados no Conselho Distrital sob a perspectiva dos conselheiros.....	69
4.4	As representações dos conselheiros.....	72
4.4.1	As representações dos atores sobre o que é ser conselheiro de saúde.....	72
4.4.2	As representações dos sujeitos sobre saúde.....	77
4.4.3	As representações dos atores sobre participação social.....	83
4.5	Considerações sobre o Curso de Capacitação.....	87
4.5.1	Formato do curso.....	87
4.5.2	A relevância ou necessidade de se realizar o curso de capacitação.....	93
4.5.3	O aspecto transformador do curso de capacitação.....	97
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
	APÊNDICES.....	111
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	112
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	114
	APÊNDICE C - Quadros A e B - Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	115
	APÊNDICE D - Categorias de análise.....	118
	APÊNDICE E- Quadro C – Conteúdo do material do I curso de capacitação do conselho distrital.....	127

1. INTRODUÇÃO

1.1 Motivações, Implicações e Argumentos

A participação social na saúde tem o sentido de controle social, ou seja, de controle por parte dos segmentos organizados sobre as ações do Estado, para que este atenda, cada vez mais, aos interesses da maioria da população¹. Os Conselhos de Saúde, colegiados de caráter permanente e deliberativo do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, são espaços institucionalizados de exercício dessa participação social.

A incorporação ao arcabouço político-decisório de arenas de controle social, que contam com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, permite a possibilidade de que sejam formuladas políticas de saúde pautadas pelas necessidades da sociedade e não apenas pelos desígnios dos setores mais privilegiados². Dessa maneira, os conselhos de saúde podem ser vistos como um avanço democrático, no sentido de que visam à socialização da política e do poder propondo novas possibilidades na relação Estado-sociedade³.

Torna-se fundamental, no entanto, que haja uma visão crítica a respeito da legitimidade do controle social nos conselhos de saúde. A participação social, embora se beneficie do reconhecimento formal e legal, só é efetiva se os seus espaços, como por exemplo, aqueles dos conselhos de saúde, forem ocupados de modo sistemático e sustentável⁴. As formas como esses colegiados e seus membros atuam é que determinam a qualidade da participação social, isto é, o grau de legitimidade da arena.

A participação social desempenha um papel de grande importância no desafio que a proposta de Promoção da Saúde recoloca à saúde pública. E, provavelmente, a participação representa o que fará a diferença entre a proposta ser um instrumento do neoliberalismo ou da igualdade social⁴.

Na perspectiva atual, a promoção da saúde significa uma promissora estratégia para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas, visto que trabalha com a idéia de responsabilização múltipla. Ela sustenta a divisão de responsabilidades ao promover a facilitação das escolhas

saudáveis, por meio de políticas públicas e do reforço da capacidade dos indivíduos e da sociedade⁵. Os conselhos de saúde, como espaços de participação onde diversos segmentos sociais estão presentes, são fundamentais a esse enfrentamento e por isso faz-se necessário oferecer subsídios que permitam a estes atores se capacitarem.

A capacitação, como subsídio para o *empowerment*, é um recurso estratégico da promoção da saúde através do qual sujeitos e grupos se fortalecem em suas habilidades, de modo a construírem maiores poderes de intervenção sobre a realidade, influenciando nas decisões políticas e gerando modificações nos determinantes sociais de saúde e qualidade de vida⁶.

As propostas do governo de educação para o controle social remetem aos métodos participativos, tais como os propostos por Freire⁷. A construção do conhecimento a partir de tais métodos obtém melhores resultados. Para tanto é considerado que todos têm a contribuir no processo educativo, educadores e educandos, cada qual com suas experiências.

Os processos educativos, a exemplo da capacitação para conselheiros, somente são participativos se utilizarem-se desses métodos, isto é, o fato de esta metodologia participativa estar presente nos documentos não quer dizer que esteja realmente sendo utilizada. Dependendo da forma como os processos educativos são cumpridos eles podem estar de acordo ou não com as demandas dos conselheiros. Para serem mais adequadas à realidade, as demandas precisam ser determinadas pelos próprios sujeitos e, dessa forma compreende-se a educação participativa com base na problematização como uma grande aliada.

Se considerarmos os processos educativos realizados para conselheiros como uma estratégia de qualificar e tornar mais ativa a participação da sociedade nos Conselhos de Saúde, torna-se tão relevante discutir tal processo, quanto discutir a dinâmica de funcionamento e as percepções dos atores sobre suas atuações.

A relevância dessa área de pesquisa para a Saúde Pública é no sentido do fortalecimento da discussão sobre a importância da participação da sociedade nos diversos setores da política, tomando como exemplo o caso da saúde. O setor saúde por dispor destes espaços institucionalizados de participação e controle social tem o compromisso de não só utilizá-los adequadamente, como de avaliar e por em questão suas funções no cenário atual. Com isso não se busca pôr em dúvida o

valor atribuído pela saúde à participação da sociedade e sim formar bases cada vez mais sólidas para retomar a discussão na saúde e em outros setores.

Outro ponto importante nesta discussão trazida por este estudo é que são ainda poucos os trabalhos e pesquisas com este enfoque, o que propiciará subsídios para o ensino e as práticas de saúde e social, contribuindo entre outros, para a reorientação dos serviços, a *governance* e a mediação intersetorial, categorias intrínsecas às proposições teóricas e metodológicas da promoção da saúde.

1.2 Delimitação dos Objetivos da Pesquisa

Partindo-se dos argumentos acima, algumas questões norteadoras acerca do assunto foram levantadas.

- Qual a importância do alcance da legitimidade do controle social pelos conselhos de saúde sob a perspectiva dos próprios conselheiros?
- Quais são as representações dos conselheiros sobre suas atuações?
- O quanto as representações dos conselheiros sobre suas atuações se relacionam com o alcance da legitimidade do controle social nos conselhos de saúde?
- Os processos educativos para conselheiros contribuem de alguma maneira para o alcance da legitimidade do controle social?
- Os processos educativos para conselheiros atendem a demanda destes atores?
- O fato de a metodologia participativa estar presente nos documentos que orientam a educação permanente para o controle social garante a participação na construção do conhecimento nos processos de capacitação para conselheiros promovidos pelos conselhos de saúde?

As indagações, que representam o caminho percorrido na delimitação do objeto e dos objetivos do estudo, foram limitadas e traduzidas à realidade do campo de pesquisa escolhido e, assim, chegou-se aos seguintes pontos:

Objetivo Geral:

- Analisar a percepção dos conselheiros de um Conselho Distrital de Saúde do município do Rio de Janeiro sobre a representação no Conselho em relação aos processos desenvolvidos de educação permanente para o controle social no SUS.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o processo educativo realizado pelo Conselho Distrital de Saúde em sua relação com as práticas de educação participativa.
- Identificar a percepção dos conselheiros de saúde sobre a implementação dos processos educativos.
- Analisar limites e possibilidades da participação social/controle social nos Conselhos de Saúde.

1.3 Estrutura da Dissertação

No capítulo **INTRODUÇÃO** da dissertação foram dispostos os principais argumentos que conduziram a pesquisa, levantando-se a relevância do estudo para a Saúde Pública, e o caminho da delimitação do seu objeto, assim como seus objetivos.

Em seguida, o segundo capítulo traz o **REFERENCIAL TEÓRICO** da pesquisa, onde são expostos os principais marcos teóricos que foram trabalhados desde a delimitação do objeto até a análise do material de campo. Algumas categorias teóricas foram apresentadas somente na fase de análise e serviram de contraste às categorias empíricas que colocaram questões relevantes para serem debatidas, porém elas sempre dialogam com o referencial principal.

O capítulo três é destinado ao **PERCURSO METODOLÓGICO** feito na pesquisa. Ele tem todos os principais passos que foram dados na realização do estudo, fazendo referências teóricas que fundamentaram as escolhas metodológicas.

Os dados obtidos na fase de campo da pesquisa foram organizados, categorizados, analisados com base no referencial teórico e discutidos no capítulo quatro, **RESULTADOS E DISCUSSÃO**. Os frutos da análise foram organizados em categorias e quadros, acessíveis nos **APÊNDICES**, e guiaram a discussão.

As **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, chamadas assim por não terem o compromisso de serem determinantes e conclusivas, compõem o capítulo cinco.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização Histórica

A história política brasileira, até a formulação e promulgação da Constituição Federal de 1988, é permeada de fatores políticos, econômicos e sociais não democráticos. A partir da década de 80 crescem os questionamentos acerca da insatisfação da população com a forma autoritária, como eram tomadas as decisões, com as desigualdades no acesso aos serviços públicos e com as condições de vida em geral. O clima de insatisfação contribuiu para as repercussões decisivas na conscientização da população quanto à necessidade de mudanças na organização do país e o surgimento de um cenário de esperanças⁸.

Em meados de 1970 nasce o Movimento Sanitário, trazendo as inquietações da população a respeito do setor saúde. Inicialmente tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, profissionais de saúde e algumas lideranças políticas. Conforme o processo de democratização ia se fortalecendo o movimento sanitário também crescia, pois outros movimentos agregavam-se a ele. Além disso, algumas experiências alternativas de implantação de políticas de saúde localizadas surgiam, demonstrando que havia outros caminhos a serem percorridos. A partir de 1983, já com um cenário mais favorável à democracia, o movimento sanitário começa a influenciar a formulação das políticas de saúde⁹.

Em 1986, pela primeira vez a Conferência Nacional de Saúde reúne cerca de cinco mil pessoas e não é mais uma reunião somente de técnicos de saúde. Em sua oitava edição, devido à influência do movimento sanitário, passa a contar também com a participação de representantes da sociedade brasileira, possibilitando assim o encontro de representações de todos os setores engajados na Reforma Sanitária^{8,10,11,12}. O resultado foi uma Conferência muito mais representativa que as anteriores, onde representantes da população puderam discutir suas insatisfações sobre a saúde e junto a intelectuais, profissionais de saúde e políticos definir novos rumos para o setor.

A VIII Conferência, cujo tema era “Democracia é Saúde”, foi um marco no processo de democratização, pois parte das propostas ali originadas foram

consideradas posteriormente na formulação da Constituição Federal de 1988¹³. Nela se discutiu e aprovou: a unificação do sistema de saúde; o conceito ampliado de saúde; o direito a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a elaboração das novas bases financeiras do sistema; e a criação de instâncias institucionais de participação social¹¹.

A respeito da participação social, na VIII Conferência surgiram propostas como a de instauração de uma gestão democrática, que incluísse a participação da população de forma a propiciar o controle social sobre a produção e execução das políticas setoriais⁸. A Constituição, embora não tenha contemplado a proposta integral de participação da população, traz em seu texto a participação como uma das diretrizes do sistema de saúde. Dessa forma, o movimento de reforma sanitária, que lutava por um sistema universal de saúde, cresceu dando voz às reivindicações de movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda¹⁴.

A saúde é um dos direitos sociais estabelecidos pela Constituição de 1988, conforme disposto no Artigo 6º, e a participação da comunidade é uma das diretrizes organizacionais do sistema único de saúde, conforme disposto no Artigo 198¹⁵. Portanto, a Constituição Federal de 1988, representa um novo momento democrático, no qual se institucionaliza a participação da população e a defesa dos direitos sociais¹³.

O relatório final da VIII Conferência lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). A idéia de construção de um sistema de saúde inclusivo surgiu ao se pensar outros caminhos para garantir a saúde da população.

O sistema único de saúde preconizado pela Constituição de 1988 caracteriza-se por ser um sistema universal de atenção à saúde, conduzido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade¹⁵. Durante 1989 os esforços foram concentrados para se estabelecer a Lei Orgânica da Saúde, constituída pela lei 8.080 e complementada pela lei 8.142, ambas promulgadas em 1990. A Lei Orgânica da Saúde regulamenta os princípios e as bases legais de organização do SUS, o novo sistema de saúde¹¹.

O SUS, com seus princípios e diretrizes, ao incorporar em sua estrutura institucional e decisória espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da sua gestão, oferece a possibilidade da sociedade participar do processo decisório sobre as políticas de saúde¹⁶.

2.2 Participação Social/ Controle Social

O termo *controle social* tem significados diferentes para o setor saúde no Brasil e para a sociologia clássica. Neste último *controle social* se refere a mecanismos coercitivos que a sociedade e o Estado exercem sobre o indivíduo. Enquanto no primeiro, ele tem o sentido de expressar a possibilidade de a sociedade controlar e fiscalizar o Estado por meio de instâncias participativas¹².

As expressões *participação social* e *controle social* estão bastante enraizados no discurso na área da saúde. Embora se saiba que, dependendo dos parâmetros teóricos adotados, é possível encontrar distinções de significados entre os termos *participação social* e *controle social*, no estudo eles são usados como termos interdependentes, sem diferenciações.

Bem antes da criação do SUS o termo *participação* já aparecia em iniciativas e projetos na saúde, porém referia-se a ações localizadas desempenhadas no serviço de saúde e não abrangiam a dinâmica social e os processos decisórios políticos. Na década de 1970 encontrava-se o termo *participação comunitária* e posteriormente foi mais utilizado o termo *participação popular*. Hoje, o termo mais utilizado é *participação social*, pois se pressupõem que as expressões *popular* e *comunidade* possuem cargas semânticas relacionadas às parcelas da população excluídas e subalternizadas no acesso a serviços¹².

Para efeitos da pesquisa o termo usado para designar a participação será *participação social*. Uma vez que os conselhos são compostos por profissionais de saúde, prestadores de serviços, gestores e usuários do sistema de saúde, o colegiado abrange, ao menos em teoria, os diversos seguimentos sociais e não apenas as parcelas excluídas. Logo, a expressão eleita assim se justifica, porém há nessa escolha também uma posição em relação ao fortalecimento dos princípios do SUS.

Muito embora se saiba que o sistema público de saúde reconhecidamente sirva com mais significância à parte desfavorecida economicamente da população, o SUS é por princípio um sistema universal, ou seja, que deve atender a todos sem distinções ou restrições. Além disso, não podemos esquecer que o SUS não engloba somente o serviço público assistencial, uma vez que um de seus princípios é a integralidade, isto é, garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de

promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde¹⁷. Dessa forma, ao se abrir espaço para a inserção do usuário nos conselhos, admite-se que todas as organizações sociais têm o direito à participação, visto que o usuário não é somente a parcela excluída e subalternizada da população.

A utilização do termo participação social, portanto, incorpora a tentativa de fortalecer os princípios básicos do SUS, de que o usuário pode ser qualquer cidadão brasileiro e deste modo não naturalizar o direcionamento atual do sistema aos setores sociais excluídos.

2.3 Participação Social e Democracia

Frente à riqueza de significados que a participação pode assumir, faz-se necessário buscar alguns aspectos teóricos que irão respaldar as discussões nesse sentido.

Segundo Bobbio¹⁸, o Estado democrático é o tipo ideal de Estado de quem se coloca do ponto de vista do direito. O autor, ainda, conceitua o que chama de uma definição mínima de democracia dizendo que *por regime democrático entende-se primariamente um conjunto de regras e procedimentos para a formação de decisões coletivas, em que está prevista e facilitada a participação mais ampla possível dos interessados* (p.22). A partir destas definições mínimas colocadas por Bobbio, faz-se necessário visitar alguns conceitos tocados na construção histórica da democracia.

A democracia na sua proposta primária, ou seja, a democracia direta onde todos os cidadãos participariam de todas as decisões, somente seria viável em sociedades pequenas¹². Como as sociedades atuais são complexas e essencialmente pluralistas, tanto no aspecto econômico, como no político e no ideológico e, por isso, têm vários centros de poder, a democracia puramente direta tornou-se praticamente inviável¹⁸. A democracia deve, frente a realidade, dar garantia da igualdade de direito, ao mesmo tempo em que respeita as diferenças dos indivíduos¹⁹. Posto que a concessão dos direitos políticos foi uma consequência natural da concessão dos direitos de liberdade, o direito de participar, de controlar o poder, é, portanto, a única garantia de respeito aos direitos de liberdade¹⁸. Podemos

entender, então, que os direitos políticos, como a participação ao se eleger um representante, são, em suma, a garantia ao direito de liberdade.

Diante a diversidade social, a democracia representativa é a alternativa mais difundida. Para Bobbio¹⁸ democracia representativa significa genericamente que as deliberações coletivas são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para esta finalidade. Entretanto, o autor adverte que o pluralismo não implica necessariamente na democracia, nem o fato de haver a representação significa que há necessariamente democracia representativa.

O valor da participação para o regime democrático é ressaltado em variadas doutrinas políticas. Por um lado, na concepção liberal de democracia, a participação é a principal característica, devido à exigência do reconhecimento dos direitos fundamentais de liberdade. Do ponto de vista liberal, a democracia representativa seria a única forma de democracia compatível com o Estado Liberal. Por outro lado, outras escolas de pensamento, divergentes da corrente liberal, como o pensamento Marxista, também consideram a participação crucial, porém como base para a possibilidade de mudança dos rumos de uma sociedade.

Todavia, é importante ressaltar que a participação do ponto de vista liberal estabelece estreita relação entre Estado e mercado¹². Esta relação pode provocar o empobrecimento do significado da democracia com a instituição do livre mercado em detrimento da participação social. De mais a mais, a democracia representativa pode sofrer outras formas de desprestígio.

Escorel & Moreira¹², com base em outros autores, ressaltam o desprestígio das democracias representativas no século XXI verificado na restrição da participação social ao ato eleitoral e no descrédito atribuído ao sistema representativo. A baixa intensidade participativa se deveria à democracia de baixo impacto, ou seja, um modelo de democracia liberal que não valoriza a distribuição de poder através da inclusão de novos atores sociais no processo decisório.

Falar de participação social e democracia envolve repensar a relação entre Estado e sociedade. A idéia de democracia subjacente aos processos de participação implicaria a incessante busca de “equilíbrios instáveis de poder” menos assimétricos, modificando as tradicionais relações díspares entre Estado e sociedade. A compreensão de que ambos são dimensões inerentes a própria democracia, e por isso a distribuição do poder não poderia ser tão diferente, sugere

a necessidade de que ocorram alterações expressivas, de perspectivas teóricas e ideológicas, no ideário político brasileiro²⁰.

Silva²⁰ traz um interessante conceito de “esfera pública” que ajuda a pensar esta relação entre sociedade civil e Estado, pois busca definir um “espaço” - um campo de práticas e relações sociais - de mediação entre atores sociais e sistema político-administrativo. Para o autor, através deste espaço, no enfoque normativo, deveria ocorrer a relação democrática da sociedade civil com o Estado (disseminação e publicização das representações e interesses sociais, controle público do Estado, orientação da agenda estatal, etc.), preservando, ao mesmo tempo, a autonomia relativa de ambas as esferas.

O conceito de “esfera pública” apresenta elementos importantes para a análise de processos de participação social, em virtude da importância que o conceito dá à organização social para a efetivação da relação democrática. Dessa maneira, considera-se que a sociedade civil é a responsável pela construção da esfera pública e a manutenção de sua autonomia relativa frente às tentativas de captura e/ou direcionamento pelo Estado ou pelo mercado²⁰. A introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática, por meio do controle social na saúde, tem o sentido de procurar através da participação social se estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade³.

A participação social no ideário democrático, portanto, tem o papel de corrigir as lacunas da democracia representativa, visto que introduz novos sujeitos aos processos decisórios, ampliando, ao mesmo tempo, a democracia política e a democracia social¹³. Por fim, pode-se dizer que o desafio de mudar o modelo de sociedade em que vivemos exige a expansão dos espaços democráticos e que assim se possam criar condições de fortalecer um projeto de sociedade contra-hegemônico que responda às necessidades da maioria da população¹.

Os conselhos de saúde podem ser espaços de participação onde ocorre o exercício democrático, porém não são elementos da democracia direta. Embora a participação seja atuar diretamente no processo democrático, o formato institucionalizado dos conselhos é representativo, portanto, os conselhos são espaços de representação e não arenas de exercício da democracia direta²¹. Eles podem, então, favorecer e aumentar as possibilidades de participação na democracia, mas não de forma direta, devido a seu caráter representativo.

2.4 Promoção da Saúde

O sistema brasileiro de saúde dialoga com as reflexões da Promoção da Saúde, pois é uma política que visa à melhoria da qualidade de vida e à afirmação do direito à vida e à saúde²².

Um importante traço da caracterização moderna da promoção da saúde (Ottawa, 1986) é que a partir de uma concepção ampla de saúde, ou seja, do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção caracteriza-se pela constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições da saúde. Essa compreensão sustenta-se no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo alimentação, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde⁵.

A promoção da saúde é, na realidade, um modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam na ruptura da hegemonia do modelo biomédico²³. Isso porque, o conceito moderno de promoção da saúde considera a saúde não mais como um fim em si mesmo e sim o produto de muitos fatores relacionados à qualidade de vida.

A Política Nacional de Promoção da Saúde²² a entende como uma estratégia de articulação transversal, integrada e intersetorial na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no Brasil, procurando criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas em saúde.

A valorização que o Estado deu à proposta se reflete no destaque da promoção da saúde como uma das prioridades do Pacto em Defesa da Vida. O pacto é um dos eixos da Agenda de Compromisso pela Saúde definida pelo Ministério da Saúde em setembro de 2005. A agenda agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão²².

Embora muito se encontre de promoção da saúde em documentos e propostas públicas, ainda há contradições entre o que dizem as propostas e o que de fato acontece. Além disso, percebe-se também que diversas vezes a responsabilização múltipla é tratada de maneira tendenciosa como uma forma de se eximir a responsabilidade do Estado.

Os conselhos de saúde, como um dos eixos principais da participação social, encaixam-se na proposta de promoção da saúde, no sentido positivo de responsabilização múltipla, pois são as arenas permanentes que cabem à população nos processos decisórios das políticas de saúde.

2.5 Os Conselhos de Saúde

As instâncias colegiadas como os Conselhos de Saúde são espaços de participação da sociedade que dão a possibilidade de exercício do controle social sobre o Estado. Os Conselhos de Saúde são, portanto, um dos instrumentos democráticos de mediação da relação entre Estado e sociedade.

A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no artigo 1º, define os Conselhos de Saúde²⁴:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Lei 8.142/90, Art.1º, inc. 2º). (...) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (Art.1º, inc. 4º).

Os Conselhos formam uma rede ascendente, com Conselhos Distritais, Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais e o Conselho Nacional de Saúde. Os Conselhos Distritais de um determinado município são supervisionados pelo Conselho Municipal de Saúde ali presente. Da mesma forma, os Conselhos Municipais são supervisionados pelo Conselho Estadual a que pertencem. E os Conselhos Estaduais, por sua vez, são supervisionados pelo Conselho Nacional de Saúde. Devido a esta rede ascendente, as questões abordadas nos Conselhos Distritais podem chegar a ser discutidas no âmbito nacional. A rede organizada

permite que as problematizações contemplem as necessidades locais, ao mesmo tempo em que permite que a discussão se amplie territorialmente.

Os cargos de conselheiros exigem mandato que são determinados através de votação nas Conferências de Saúde da esfera correspondente. As sessões plenárias são abertas ao público e devem ocorrer ao menos uma vez por mês. Já o papel do Governo nos Conselhos de Saúde é o de promover condições de pleno funcionamento como dotação orçamentária, Secretaria Executiva, estrutura administrativa e liberação de funcionários que exerçam a função de conselheiros nos períodos de reuniões e ações do Conselho. O Governo, portanto, deve garantir o funcionamento do Conselho de Saúde, porém sem prejudicar a autonomia do colegiado^{8, 25}.

2.6 A Origem dos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Em 1983, a Comissão Intermunicipal de Saúde (CIMS) foi criada. Sob a ótica da descentralização e com a preocupação de dinamizar as ações no interior do município, já com grande contingente populacional, cerca de quatro milhões, a CIMS dividiu o município do Rio de Janeiro em *Áreas de Planejamento* (APs)²⁶. A princípio eram cinco APs, que posteriormente foram subdividas e hoje elas chegam a dez. Para se administrar as APs foram criadas duas instâncias, as Comissões Executivas de Área de Planejamento (CEAP) e os Grupos Executivos Locais (GEL)^{26, 27}.

O objetivo dos GELs era gerir e administrar o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Enquanto as CEAPs tinham a função de executar as ações definidas politicamente nos GELs e eram institucionais devido a sua composição - diretores das unidades das três instâncias de governo de cada área de planejamento. A respeito da composição, os GELs seguiam a ótica da participação, uma vez que contavam com a sociedade organizada e movimentos sindicais e dessa forma inauguraram o princípio da paridade, que mais tarde seria regulamentado pela Lei 8.142/90. Os GELs e as CEAPs continuaram as suas atividades em experiência de gestão descentralizada com a participação institucional

do movimento de luta pela saúde, até que em 1993 a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, por meio da Lei Nº 2011, instituiu os Conselhos Distritais de Saúde (COD)²⁷.

A Lei municipal Nº 2011 de 31 de agosto de 1993²⁸ institui que:

Fica instituído em cada Distrito de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência. (Art. 1º)

Em razão dos GELs já seguirem o preceito da paridade e terem a presença da sociedade organizada, conforme os princípios dos conselhos de saúde previstos na Lei 8.142/ 90, os Conselhos Distritais de Saúde foram compostos aproveitando-se a formação destes grupos.

Posteriormente, a Lei nº 2289 de 09 de Janeiro de 1995²⁹ viria a alterar e acrescentar alguns itens da lei nº 2.011/ 93, porém fazendo poucas modificações. E, só em 2003 o Conselho Nacional de Saúde aprovou, com a Resolução nº 333, de 4 de Novembro de 2003, as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. A Resolução determina que devido ao bem-sucedido processo de descentralização, a partir de então o Conselho de Saúde se estabelece também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Dessa forma, a resolução reconhece em nível nacional os conselhos distritais e os submete aos mesmos princípios dos demais conselhos de saúde, que são definidos da seguinte maneira, na primeira diretriz da Resolução²⁵:

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

Recentemente, em 03 de novembro de 2009, o município do Rio de Janeiro, na intenção de fortalecer e formalizar os princípios da descentralização e da participação social do SUS, publicou a Lei nº 5.104, que dispõem sobre os Conselhos Municipal e Distritais³⁰. Como esta Lei foi formulada com o apoio e a consulta aos conselhos aos quais referencia, ela traz modificações importantes,

frutos de reivindicações dos conselheiros na tentativa de através da regulamentação minimizar os limites observados até então na experiência desses colegiados.

Por um lado, o Brasil é sistematicamente visto como modelo de participação social, devido às estruturas institucionais de controle social, os Conselhos e as Conferências³¹. Por outro, mesmo com todas essas mudanças institucionais no decorrer da República, o Brasil ainda encontra limitações na relação entre Estado e a sociedade civil, no controle social.

É importante que se compreenda os limites e possibilidades da participação social. Ela não pode ser naturalizada como algo positivo sempre. Por ser um instrumento do processo democrático é esperado que reproduzam os mesmos conflitos inerentes à democracia e às relações sociais, econômicas e políticas¹².

A possibilidade de o sujeito alcançar o objetivo das reivindicações de sua categoria depende tanto do sujeito quanto da instância. Assim, limites são encontrados tanto relacionados à estrutura da instância, os Conselhos de Saúde, como relacionados às representações, os conselheiros.

Existem no dia-a-dia dos Conselhos muitas dificuldades para o exercício do controle social. Algumas delas são: a fragilidade do nível de organização dos movimentos sociais; a cultura de submissão arraigada na população brasileira; a baixa representatividade e conseqüente pequena legitimidade dos conselheiros pela pouca organicidade em relação a sua base; a desarticulação em vários níveis; a desinformação generalizada; a pouca transparência dos recursos financeiros¹⁴.

Com relação às dificuldades encontradas na estrutura dos Conselhos, ficam evidentes as que se referem à variabilidade das condições administrativas, financeiras e técnicas de funcionamento e decisão. Em relação aos conselheiros as dificuldades mais evidentes são referentes à constância da representatividade e a qualificação das discussões⁹.

Somente a institucionalização do direito à participação da sociedade na formulação e na execução das políticas de saúde não necessariamente garante a efetividade da participação social.

Com vista aos limites da participação, a efetivação do controle social tem sido um desafio para os Conselhos de saúde. Fatores relacionados à dinâmica interna dos Conselhos e destes com a sociedade são constantemente discutidos. Dentre estes fatores, os processos educativos voltados aos conselheiros é um dos mais discutidos como alternativa para a qualificação das discussões.

2.7 A Educação Permanente para o Controle social no SUS e o empoderamento

Em 1995 foi realizado o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que marcou o início das discussões sobre a necessidade de se realizar a educação permanente para o controle social. No congresso, conselheiros de todo o Brasil reivindicaram o que, naquela época, chamou-se de formação de conselheiros de saúde³². Posteriormente o debate foi levado à X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, quando foi dado o primeiro passo no sentido de se normatizar a educação voltada para conselheiros, que foi a proposição de uma Política Nacional de Capacitação de Conselheiros. A proposta era de que os próprios conselhos e demais instituições, como as de saúde e ensino, os movimentos sindicais e outras organizações, realizassem com o financiamento dos Governos cursos de capacitação e programas de educação continuada sobre conteúdos indispensáveis para a atuação dos conselheiros³³. Portanto, a discussão sobre a necessidade de se realizar processos educativos voltados para os conselheiros surge a princípio por uma demanda dos próprios. O Conselho Nacional de Saúde, pois, segue promovendo a discussão junto a parceiros governamentais e não-governamentais, que em 2003 culmina na publicação das Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde^{34,35}.

Na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, as dificuldades encontradas nos conselhos de saúde foram diretamente associadas a problemas ou a falta de informações sobre os princípios e a legislação do SUS generalizada dos conselheiros, reafirmando-se a necessidade de uma política de capacitação³⁶. Quatro anos depois, a XII Conferência Nacional de Saúde ainda colocou a capacitação como um importante recurso na tentativa de melhorar a qualidade da atuação dos sujeitos no controle social³⁷. Nesse momento, a educação para conselheiros ainda era chamada de capacitação, porém já dentro de um conceito mais amplo com elementos da educação permanente.

Assim sendo, para se atender as orientações da XII Conferência e do Grupo de Trabalho de Capacitação de Conselheiros de Saúde, foi realizada a atualização das “Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde”. O resultado

é a publicação em 2006 das Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, que passa a ser a referência dos processos educativos voltados para conselheiros³⁵. Seguindo as novas diretrizes, foram realizadas oficinas regionais em 2006 que deram origem à “Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde”, publicada em 2007³².

As questões debatidas nas oficinas regionais que foram consideradas de maior relevância serviram de base para a definição dos cinco eixos estruturantes da Política Nacional de Educação Permanente para o controle Social. Estes eixos norteiam o que deve ser priorizado na elaboração dos planos de ação dos conselhos de saúde e têm a finalidade de atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos sujeitos sociais para o envolvimento da sociedade com o Sistema Único de Saúde³². O Conselho Nacional de Saúde, desse modo, ao apresentar esta política reafirmou seu compromisso com o fortalecimento do controle social.

O processo de educação permanente para o controle social - no qual estão incluídos os processos educativos voltados para conselheiros de saúde - previsto na diretriz pretende possibilitar à sociedade compreender a estrutura e funcionamento do SUS e o processo de construção do modelo de atenção. Além de permitir que a sociedade adquira uma compreensão do conceito ampliado de saúde. Os Conselhos de Saúde, como representantes da sociedade, podem a partir de então ter mais possibilidade de que suas ações sejam de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida da população brasileira³².

A promoção da saúde, como estratégia de ações que contribuem para a possibilidade de responder às necessidades sociais em saúde, conta com a educação para saúde como um instrumento importante²². Os processos educativos voltados para conselheiros podem ser considerados processos de educação para saúde, uma vez que o objetivo é qualificar as discussões em saúde.

As recomendações do Conselho Nacional de Saúde sobre educação permanente para o fortalecimento do controle social compreendem a necessidade se aplicar técnicas de educação participativa como as propostas por Paulo Freire. Ao se utilizar tais formas de educação para os processos educativos para conselheiros, imaginam-se os espaços destes processos como campos de comunicação e de empoderamento.

Freire entende a educação como caminho para a libertação tendo a participação popular construtiva e democrática como um método. A educação compreendida como prática gnosiológica exige que a relação educador-educandos seja mutável e igualitária, ou seja, não há uma hierarquia educacional e cada um atua ao mesmo tempo como educador e como educando⁷. O educador na prática atua como mediador flexível no processo pedagógico, formando campos de problematização, aqui chamados de campos de comunicação.

A problematização é feita pelos próprios educandos. Desta maneira, o resultado do processo educacional com base no diálogo se propõe a ajudar na construção da consciência crítica no indivíduo e não apenas submeter a uma assimilação ingênua e permeada de valores impostos sem espaço à reflexão⁷.

O *empowerment* é um conceito complexo utilizado na promoção da saúde, que se apropria de noções distintas de diferentes campos de conhecimento³⁸. Há diversas traduções para *empowerment*, mas para efeitos da pesquisa será chamado de empoderamento.

A promoção da saúde, com o empoderamento, procura possibilitar aos sujeitos e coletivos um aprendizado que os permita serem capazes de conscientemente participar dos processos decisórios individuais e políticos na saúde.

O empoderamento pode ser considerado um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos diversos, removendo barreiras que limitam a participação social como as desigualdades na sociedade³⁹.

O conceito aqui tratado de empoderamento tem influências de Paulo Freire dentre outros autores de linhas de pensamento próximas^{38,39,40}. Para Freire⁷, *a conscientização é um processo de conhecimento que se dá na relação dialética homem-mundo, num ato de ação-reflexão*.

Assim sendo, o empoderamento faz paralelo com o processo de conscientização tratado por Freire e a educação problematizadora pode ser uma maneira de alcançar esta conscientização, logo, o empoderamento.

Para que o conselheiro tenha uma participação engajada, ele precisa de instrumentos democráticos que o qualifiquem para tal, que lhe permitam seu empoderamento. A proposta da educação participativa, ou problematizadora, nos processos educativos para conselheiros é uma opção para viabilizar este canal. Os processos educativos pelo molde da educação participativa podem significar mais

chances de alcançar a intenção da Política de Saúde de incentivo ao controle social e à autonomia do indivíduo. Entretanto, neste caso a autonomia seria verdadeiramente engajada e o sujeito envolvido teria o merecido acesso a apropriar-se do tema.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem Metodológica

A palavra método vem do grego *methodos*, que significa 'caminho para chegar a um fim' e a metodologia é o estudo do método. Assim sendo, esta parte da pesquisa trata dos passos que serão dados no caminho percorrido pelo pensamento, o percurso metodológico. Isso justifica a importância de se determinar o tipo de método que será utilizado e se desenhar todos os seus passos.

O percurso metodológico inclui a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)⁴¹. E, os caminhos a serem seguidos durante o percurso dependem do tipo de pesquisa que se pretende.

Qualquer pesquisa que tem seu objeto na realidade social, a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados dela transbordante, é considerada como pesquisa social. Este tipo de pesquisa, embora se possa utilizar métodos quantitativos, é essencialmente qualitativa⁴².

A pesquisa aqui descrita pode ser considerada social, visto que se orienta para problemas que surgem na sociedade, lançando luz sobre determinadas questões da realidade⁴². Os conselhos distritais de saúde fazem parte da realidade social e as questões que surgem a partir da sua existência reproduzem o dinamismo da sociedade, uma vez que se trata das ações coletivas ou individuais de sujeitos.

O campo da pesquisa social possui especificidades devido à identificação do investigador com o sujeito, pois que se lida com seres humanos. No entanto, o universo da pesquisa social qualitativa é o dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes e não apenas o sujeito em si⁴². Além disso, neste campo o mote do estudo, de onde são construídas as questões norteadoras da investigação, é sempre relacionado a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas⁴².

Quanto à utilização da pesquisa social na saúde, Minayo⁴² a conceitua como *todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representatividade pelos vários atores que atuam no campo; as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.* (p. 47)

Por se entender que a metodologia qualitativa é aquela onde o interesse principal é o significado conferido pelos atores às ações nas quais se empenham. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade difícil ou não apropriado de ser quantificado. Ela trabalha com universo das aspirações, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes, ou seja, um universo subjetivo⁴¹.

Na pesquisa em questão os sujeitos incluídos são os conselheiros de saúde de um determinado conselho distrital, representantes da mesma sociedade que a investigadora, e o mote do estudo é a participação social via controle social no SUS sob a perspectiva dos sujeitos, logo, a investigação procede como uma pesquisa social qualitativa em saúde.

Devido a suas características, de lidar com seres humanos, a pesquisa social exige que o investigador contemple questões éticas e científicas sobre a realidade e sobre o destino do produto da pesquisa no que se refere ao uso social que dela pode ser feito⁴².

Nas pesquisas sociais qualitativas o pesquisador tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo⁴³, ou seja, há liberdade de se escolher as etapas conforme as necessidades do estudo. No entanto, é importante declarar quais são os passos dados, esclarecer os motivos das escolhas, sempre levando em consideração os objetivos da pesquisa.

O processo de trabalho na pesquisa qualitativa pode ser dividido em três etapas: fase exploratória; fase de trabalho de campo; fase de análise e tratamento do material coletado⁴¹.

A fase exploratória é a parte da pesquisa na qual há a produção do projeto e de todos os procedimentos necessários à entrada em campo. Nesta fase o objeto é definido, delimitado e desenvolvido teórica e metodologicamente. Ainda, se escolhe e descreve os instrumentos de operacionalização do trabalho, como a técnica, o espaço e a amostra qualitativa. Além de se prever o cronograma de ação⁴¹.

Na definição e delimitação do objeto foi realizada uma pesquisa bibliográfica. Para tal foram utilizados os descritores: Conselho de Saúde, participação social, participação comunitária, participação popular, controle social, *empowerment*,

promoção da saúde, educação em saúde, capacitação. Com a leitura dos resultados das buscas foi organizado o referencial teórico da pesquisa, destacando os principais conceitos e noções encontrados. Posteriormente, foram pensadas e formuladas as perguntas norteadoras acerca do objeto e a partir delas foram definidos os objetivos da pesquisa, geral e específicos.

Na fase exploratória também se faz a escolha dos instrumentos de operacionalização do trabalho como o campo de observação, a estratégia de entrada no campo, a seleção dos sujeitos da pesquisa e as técnicas e seus instrumentos a serem utilizadas⁴².

Quanto ao campo de observação e aos sujeitos incluídos, pode se dizer que na pesquisa qualitativa o primeiro é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico relacionado ao objeto da investigação⁴². Enquanto, o segundo não obedece a princípios numéricos e sim intencionais com foco na representatividade⁴³.

Na fase de trabalho de campo, a construção teórica, elaborada na fase exploratória, é levada para a prática empírica⁴¹. Neste momento, já se deve saber qual o delineamento que a pesquisa seguirá e quais as técnicas e os instrumentos que serão usados.

3.2 Delineamento da Pesquisa

Em virtude da variação que há entre os conselhos distritais do município do Rio de Janeiro e da necessidade de se reconhecer essa especificidade sem abrir mão da totalidade do fenômeno, optou-se por seguir um delineamento de estudo de caso. A escolha foi feita tendo-se como base alguns autores^{42,43,44,45}.

Triviños⁴³ (p.132) diz que o estudo de caso *é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente* e o classifica como um tipo de pesquisa.

Uma definição muito divulgada é a de Yin⁴⁴, onde *um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu*

contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (p.32).

Yin⁴⁴ diz ainda que:

A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados. (p.33)

Outra autora consultada foi Minayo⁴², ela considera que os *estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão.*(p.164)

Conforme é possível perceber, dentre as definições e descrições de características encontradas nos autores citados não há grandes divergências a respeito do que é um estudo de caso.

Gil⁴⁵ é um autor que define o estudo de caso mediante a identificação de suas características. Ele enumerou para a identificação seis características e é nelas que a pesquisa se fundamenta. A primeira delas determina o estudo de caso como um delineamento de pesquisa e não como técnica ou método. A segunda refere-se à preservação do caráter unitário, ou seja, o caso é estudado como um todo. A terceira fala do aspecto de contemporaneidade, que permite a consideração de múltiplos fatores históricos, mas o fenômeno é contemporâneo à realização da pesquisa. A quarta é atribuída a não separação do fenômeno do contexto, quer dizer, não restringe o número de variáveis. A quinta característica diz respeito à profundidade do estudo, que é a aproximação entre a abstração dos resultados da pesquisa e a concretude da prática social. Essa profundidade é viabilizada justamente pela sexta, e última, característica de identificação, que requer a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados com o propósito de garantir a qualidade das informações obtidas em campo.

O conselheiro, sujeito da pesquisa, é estudado dentro do seu cenário de atuação, o conselho de saúde. O cenário, por sua vez, não pode ser generalizado visto que se diferencia de outros conselhos. Como seguem as mesmas legislações e estão inseridos no mesmo sistema e localidade municipal, os conselhos apresentam similaridades nas estruturas e funcionamentos, porém na dinâmica eles se diferem.

Uma vez que os conselhos distritais de saúde, por representarem a sociedade, tendem a reproduzir a dinâmica social, as diferenças entre os conselhos são esperadas, pois cada AP tem sua história e características próprias.

A respeito da contemporaneidade, a pesquisa trata de fatos recentes e atuais, não obstante considere aspectos históricos. E ainda, a pesquisa ao contar com o uso de três técnicas de coleta de materiais permite a exploração do fenômeno em profundidade, dentro de seu contexto, sendo estudado como um todo e não restringe as variáveis.

As técnicas que foram utilizadas – entrevista semi-estruturada, observação participante e, em menor proporção, a pesquisa documental – propiciaram a triangulação de dados, visando o aprofundamento e a garantia da multiplicidade do caso. A partir destes dados foram realizadas as análises, que em estudos de caso não precisam necessariamente ser conclusivas, posto que a intenção seja proporcionar uma nova compreensão do fenômeno e gerar, assim, novas inquietações⁴⁵.

3.3 Cenário e Sujeitos da Pesquisa

Na pesquisa social qualitativa a idéia de amostragem é substituída pela expressão “sujeitos incluídos na pesquisa” e o número de participantes é definido por inclusão progressiva, ou seja, não há um número pré-determinado de sujeitos a serem entrevistados. Esta inclusão acontece durante a fase de campo. Já a sua interrupção se dá pelo critério de saturação, isto é, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação. Essa forma de se chegar ao número de sujeitos incluídos na pesquisa surge devido ao fato que o “universo” do estudo qualitativo não são os sujeitos em si, porém as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Portanto, é impossível mensurar o número de variáveis e o tamanho da amostra que seria representativa da totalidade⁴⁶.

Como na busca qualitativa a preocupação não é com a generalização e sim com o aprofundamento e a abrangência, visto que a seleção adequada dos sujeitos

incluídos na pesquisa é o que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões⁴². Os sujeitos são escolhidos intencionalmente considerando-se uma série de condições, pois se entende que para responder aos objetivos específicos da pesquisa é preciso investigar um subgrupo representativo do contexto^{43,47}.

Uma vez que a escolha é intencional torna-se preciso conhecer a dinâmica do campo e a inserção dos seus atores, e para isso faz-se uma aproximação prévia com o objeto do estudo. A aproximação do pesquisador ao objeto antes de se iniciar a fase de campo é parte importante na escolha dos sujeitos, pois permite que o pesquisador conheça os atores do cenário da pesquisa. A partir deste conhecimento inicial o pesquisador pode escolher os sujeitos que serão incluídos, levando em consideração alguns critérios citados por Minayo⁴² como: assegurar que a escolha contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar na pesquisa; privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; definir claramente o grupo social mais relevante, conforme a questão norteadora; considerar um número suficiente de interlocutores para permitir reincidência e complementaridade das informações.

Embora, conforme foi dito anteriormente, o número de participantes não seja previamente determinado, o investigador pode e deve prever um montante de entrevistas e de outras técnicas de abordagem, que serão balizadas em campo pela técnica de saturação⁴².

O fechamento de uma amostra por saturação é feito por suspensão de inclusão de novos participantes quando, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a não mais apresentar relevância. As informações obtidas com novos participantes começam a ser redundantes e pouco acrescentam no material obtido até então. Esta saturação é identificada no decorrer da pesquisa de campo, concomitante com a análise do conteúdo. O ponto de corte de saturação depende do referencial teórico adotado e se as informações obtidas contemplam a intenção dos objetivos específicos⁴⁷. A fase de campo, portanto, se mistura com a de análise, pois à medida que os depoimentos são transcritos, vão sendo levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação e, dependendo do volume e da qualidade delas se chega ao ponto de corte de saturação. Além disso, durante a análise pode voltar-se ao campo sempre que preciso⁴⁸.

Na pesquisa social qualitativa, o pesquisador precisa prever os detalhes da entrada em campo, o impacto que causará. A chegada em campo carece de preparações referentes a como, a quem e por meio de quem o pesquisador deve se apresentar e a como será descrita a pesquisa, seus objetivos e etapas⁴². A aproximação aos atores, sujeitos da pesquisa, é uma fase importante, pois a interação entre o pesquisador e os atores sociais pode interferir na riqueza do material obtido em campo e em sua análise.

O estabelecimento dos primeiros contatos merece cuidados especiais e deve acontecer antes da ida ao campo para se fazer a coleta de dados. Justamente, é nos primeiros contatos que se inicia uma rede de relações⁴². A rede criada nesta fase é importante posteriormente tanto por facilitar o trânsito do pesquisador em campo, quanto para criar uma rede de confiança que favorece a coleta de dados e a compreensão do objeto de estudo.

Está dentro dos objetivos analisar, sob a perspectiva dos conselheiros, a experiência de educação promovida pelo Conselho e as possíveis contribuições para melhorias nos debates ali travados. Foi considerado que ao adotar-se uma amostra de conselheiros que tenham participado do processo de educação, estar-se-ia de frente a um subgrupo representativo do contexto investigado.

Relato do processo de escolha dos sujeitos incluídos na pesquisa

O cenário da pesquisa é um conselho distrital de saúde do município do Rio de Janeiro e os sujeitos da pesquisa são os conselheiros deste conselho. Dentre todos os integrantes do colegiado, foram selecionados os que participaram do primeiro curso de capacitação para conselheiros, produzido e realizado pelo próprio conselho. A escolha dos sujeitos seguiu um roteiro que incluiu desde a minha aproximação com o campo e os sujeitos, até a definição por saturação de quantos seriam os sujeitos incluídos na pesquisa.

A aproximação com o conselho foi iniciada no período anterior às entrevistas. Inicialmente, era imprescindível que houvesse um primeiro contato, pois por tratar-se de um colegiado que tem reuniões regulares, seria de se esperar que a presença de alguém estranho ao grupo gerasse curiosidade. Como eu não conhecia nenhum conselheiro, procurei o telefone do conselho distrital e perguntei quais eram os dias das plenárias. Fui informada de onde elas aconteciam e quando seria a próxima. Na

primeira plenária a qual eu compareci, me apresentei à presidente do conselho e coloquei-a a par de meus objetivos. Após me ouvir, ela demonstrou abertura, mas pediu que eu repetisse ao microfone a minha apresentação e os meus objetivos com a pesquisa para apreciação da plenária. A presidente explicou-me também que por ser um colegiado seria necessário que o apoio a minha intenção fosse aprovado pela maioria. No momento dedicado aos informes, eu me inscrevi e fiz as explanações necessárias. Todos os presentes concordaram com a participação do conselho e o secretário se colocou a disposição para qualquer informação que eu precisasse. Desse modo, a própria presidente e o secretário passaram a ser facilitadores no campo.

Depois do primeiro contato eu passei a freqüentar todas as plenárias mensais, até mesmo depois que terminei a fase das entrevistas. Durante as primeiras plenárias que freqüentei, tinha dificuldades de reconhecer os atores-chave e a dinâmica de funcionamento do conselho distrital. Então, na superação dessas dificuldades eu precisei de alguns informantes-chave, pessoas que se mostraram dispostas a ajudar, e a quem eu recorria durante as reuniões sempre que surgia alguma dúvida.

Entre uma plenária e outra fui algumas vezes à sede, a fim de iniciar a análise documental e montar o quadro dos sujeitos potenciais a serem entrevistados seguindo os critérios que havia estabelecido na fase exploratória. As primeiras vezes em que fui à sede a relação entre eu e os conselheiros era bastante formal e sentia uma certa desconfiança. Com o passar do tempo a relação foi melhorando e a comunicação também.

Pois, já com o Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP em mãos e a autorização da presidente do conselho para começar a análise documental, assim iniciei-la com a verificação da lista de presença do curso objeto do estudo. O curso em questão é o Primeiro Curso de Capacitação para Conselheiros, produzido e realizado pela AP estudada, e não foram todos os conselheiros que o assistiram. Na lista de presença constavam 70 nomes de pessoas, entre titulares, suplentes e ouvintes, que se inscreveram espontaneamente para o curso após convite feito em plenária a todo o colegiado. Ao lado dos nomes havia um espaço para os conselheiros colocarem seus telefones e assinarem. Os nomes que não constavam a assinatura ao lado, comprovação da presença, foram retirados das possibilidades de sujeitos a serem escolhidos. Restaram, então, 48 nomes, que passaram a ser o total de

possibilidades de sujeitos da pesquisa, nestes estavam incluídos 6 ouvintes. Os demais 42 nomes eram de conselheiros, dentre eles 6 representantes dos gestores e prestadores de serviço; 7 representantes dos profissionais de saúde e 29 representantes dos usuários. O total de conselheiros distritais desta AP equivale a 208, sendo 104 titulares e 104 suplentes. Devido à regra da paridade os 104 são compostos por 26 representantes dos gestores e prestadores de serviço, 26 representantes dos profissionais de saúde e 52 representantes dos usuários. Dessa forma, é possível observar que a participação dos usuários no curso foi relativamente o dobro comparando com a participação dos gestores e profissionais de saúde.

A partir das informações obtidas em campo fui determinando quais seriam os mais prováveis sujeitos a serem incluídos na pesquisa. Os critérios partiram principalmente do grau de participação, frequência e influencia que observei nos sujeitos durante as plenárias e idas à sede do conselho. A partir da compreensão da representatividade dos conselheiros, defini alguns nomes como possíveis sujeitos da pesquisa.

Conforme foi dito anteriormente neste item do percurso metodológico, o investigador deve ter uma previsão de entrevistas que serão realizadas e esse número será definitivamente fechado em campo, pelo corte de saturação. Considerando o meu tempo disponível e o universo de possibilidades de sujeitos, a previsão era de 20 sujeitos a serem entrevistados, em meio a 5 gestores, 5 profissionais de saúde e 10 usuários. A vontade de tentar manter a paridade pode parecer não cumprir com os conceitos da pesquisa qualitativa, visto que o universo é o relato e não o sujeito em si. Todavia, esta vontade tornou-se uma necessidade posto que o princípio da paridade seja um aspecto tão fundamental ao controle social no SUS.

Por fim, ao chegar ao número de 15 sujeitos, entendi que este era o momento de fazer o corte por saturação. Dentre estes sujeitos ficaram 4 gestores, 4 profissionais de saúde e 7 usuários. Assim, a tentativa de manter a paridade, como se pode ver foi apenas uma ensaio de aproximação com a realidade do cenário e não uma rigidez metodológica. Quanto ao critério de escolha dos 15 entrevistados, tentei entrevistar os que tiveram ou têm participação mais destacada no colegiado.

Para iniciar as entrevistas, primeiramente fiz contatos por telefone ou abordando-os nos dias das reuniões plenárias, onde eu costumava chegar cedo com

o intuito de estabelecer contatos e estreitar as relações, reduzindo o estranhamento. Nos contatos para a marcação das entrevistas não tive dificuldades quanto a explicar o propósito da minha pesquisa, pois a maioria se lembrava da explanação que havia feito na primeira plenária em que fui. O que demonstra a importância da aproximação prévia à realização das entrevistas.

O próximo passo foi a realização das entrevistas, pois considero que a análise documental e a observação participante eu já havia começado a fazer e apenas as continuei.

A fase de aproximação aos atores se estendeu por todo o processo e foi crucial para a realização da pesquisa. Vivenciar o cenário da pesquisa é um exercício de reconhecer o seu objeto de estudo, que até chegar à fase de campo, ao menos no meu caso, é muito mais um constructo teórico que uma experiência real composta por sujeitos reais. A vivência nos faz compreender e o estreitamento das relações nos permite caminhar pelo interior do grupo. Na compreensão da subjetivação da fala dos sujeitos, o elemento comportamento é fundamental, mas ele somente é percebido pela observação.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

3.4.1 Triangulação de métodos

A pesquisa social de abordagem qualitativa é assim considerada pelo fato de seu objeto ser um fenômeno social, cujo é impossível se conceber a existência isolada. Dessa maneira, a triangulação de dados, ou seja, a utilização de mais de uma técnica de coleta de evidências, tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do fenômeno social foco do estudo⁴³.

Ao mesmo tempo, tratando-se de um estudo de caso, o uso da técnica de triangulação é indicado por permitir que o pesquisador dedique-se a uma ampla

diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes⁴⁴. Os estudos de caso requerem profundidade, preservação do caráter unitário e não separação de seu contexto. Portanto, torna-se necessário identificar, descrever e analisar: cenário, atores, eventos e os processos. E, obter essas evidências múltiplas demanda o uso de diferentes táticas de pesquisa⁴⁵.

Em resumo, esta pesquisa se utiliza da triangulação pelo uso combinado de meios comunicativos e observacionais de coleta de dados - entrevista semi-estruturada, observação participante e pesquisa documental. Tendo-se, dessa forma, a intenção de garantir a profundidade necessária do estudo e a inserção do caso em seu contexto, bem como conferir maior credibilidade aos resultados⁴⁵.

3.4.2 Entrevista semi-estruturada

Alguns autores afirmam que por tratar-se de uma técnica eficiente para obtenção de dados em profundidade a respeito dos mais diversos aspectos da vida social, as entrevistas são fontes essenciais de informações em estudos de caso^{44,45}. Elas são conversas com finalidade, que fornecem elementos diretamente construídos no diálogo com o sujeito entrevistado e tratam da reflexão do próprio sobre a realidade que vivência⁴².

A modalidade de entrevista escolhida para a pesquisa foi a semi-estruturada. O autor Triviños⁴³ diz que este tipo de entrevista, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece possibilidades de liberdade e espontaneidade ao informante, enriquecendo assim a investigação. Para ele, a entrevista semi-estruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador enquanto permite a relevância na situação do ator. E, devido a essa dupla função de valorização, ela favorece a descrição dos fenômenos, assim como a explicação e compreensão de sua totalidade.

Triviños⁴³ diz ainda que na entrevista semi-estruturada parte-se de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa. As perguntas do roteiro são, portanto, fruto da pesquisa teórica e da observação do pesquisador acerca do fenômeno social em foco.

Para a utilização do material obtido através das entrevistas, é necessário se estar ciente de algumas características inerentes à técnica. Uma delas, descrita por Minayo⁴¹, se refere ao fato de que os dados obtidos são subjetivos e somente podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa, visto que constituem uma representação da realidade. Por conseguinte, conforme Gil⁴⁵ afirma, a obtenção de respostas depende fundamentalmente da motivação do entrevistado. A outra característica da técnica, também descrita por Minayo^{41,42}, é a de que a entrevista como forma privilegiada de interação social está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade^{42,43}. Assim sendo, a autora sugere que a entrevista, por ser uma maneira formal de captar a fala dos sujeitos, sempre que possível deve ser acompanhada e complementada por informações obtidas pela observação participante^{41,42}.

O roteiro da entrevista visa compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como objeto da investigação, por isso ele deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. No entanto, a autora ressalta que o roteiro é um guia e não um obstáculo⁴².

Levando-se em conta o que dizem os autores, o roteiro de entrevistas foi construído com base na investigação teórica realizada na fase exploratória, quando foi produzido o projeto da pesquisa. Porém o roteiro de entrevistas não foi usado como um obstáculo e durante a fase de campo sofreu algumas alterações conforme as necessidades da pesquisa.

O roteiro de entrevista (Apêndice A) constituiu-se de um quadro de identificação, que trazia perguntas referentes aos dados pessoais como sexo, idade, profissão e escolaridade, e em mais três blocos. O primeiro bloco era composto de perguntas a respeito da experiência do sujeito como conselheiro e foi pensado por partir-se do princípio que o caminho percorrido pelo sujeito até o cargo e sua atuação muito podem dizer sobre as características do conselho de saúde e dos conselheiros. O segundo bloco era composto de questões que permitiam ao entrevistado apresentar suas representações construídas sobre participação social e saúde. Este bloco foi incluído considerando-se que tais representações podem influenciar na qualidade da participação e são determinantes em potenciais das decisões e prioridades tomadas pelos sujeitos. Por fim, o roteiro foi fechado com questões a respeito do processo de capacitação realizado. O último bloco tenta

buscar, sob o ponto de vista dos conselheiros, informações sobre a educação permanente e a sua relevância para aqueles que a experimentaram. Estes três blocos e os dados são importantes para se cumprir uma análise contextualizada, porém juntamente com as entrevistas foram realizadas outras duas técnicas complementares e essenciais ao enriquecimento da informação obtida, a observação participante e a pesquisa documental.

Com relação à duração de cada entrevista depende das circunstâncias, mas as entrevistas muito longas correm o risco de se tornarem repetitivas⁴³. Dessa forma, tomou-se cuidado para que o roteiro não viesse a ser grande demais e pudesse ser aplicado no tempo de aproximadamente 40 minutos.

Quanto à fidedignidade do material obtido, Minayo⁴² afirma que a gravação é um instrumento de garantia neste sentido. O tempo e a riqueza do material de uma entrevista requerem a utilização da gravação, no entanto devem ser tomados os devidos cuidados éticos. As entrevistas então foram gravadas e seguiu-se uma série de procedimentos referentes à ética que garantiram o sigilo e a não identificação dos sujeitos.

3.4.3 Observação participante

A técnica de observação foi utilizada nesta pesquisa complementarmente às entrevistas e à pesquisa documental. Considerou-se a partir do que dizem alguns autores^{42,43,44,45} que a utilização da técnica seria adequada e enriqueceria o material.

Segundo Triviños⁴³, a observação é parte importante na coleta de dados, pois é através dela que o pesquisador entra em contato direto com o fenômeno social que está sendo estudado. O autor define que observar um fenômeno significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações etc.

A modalidade de observação escolhida para esta pesquisa foi a observação participante. A técnica utilizada foi assim classificada baseando-se no que diz Minayo⁴¹. A autora define a observação participante como:

processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa (p.70)

Ainda fundamentando-se em Minayo⁴², optou-se por realizar a observação participante do tipo descritiva, que, segundo a autora, é realizada de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focalizado no que constitui seu objeto de estudo. Triviños⁴³ ressalta que a pesquisa qualitativa emprega usualmente a observação livre do desenvolvimento de determinada situação.

O autor Yin⁴⁴ ao falar das técnicas mais indicadas para os estudos de caso aponta a observação como uma fonte de evidências úteis para fornecer informações adicionais sobre o tópico que está sendo estudado. Para ele as evidências observacionais trazem uma outra dimensão do fenômeno além das entrevistas formais. A observação participante, portanto, contribui na vinculação dos fatos às suas representações e em desvendar as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas cotidianamente no grupo^{41,42}.

A amostragem de tempo, ou seja, o período de observação que será empregado, e as anotações de campo, as formas como serão registradas as evidências, são dois aspectos de natureza metodológica que devem ser levados em conta durante a fase de campo⁴³.

O diário de campo é o principal instrumento de trabalho na observação e na pesquisa optou-se por realizar as anotações em um caderno que era levado sempre às atividades do conselho e às entrevistas. Posteriormente foi construído um quadro com as informações recolhidas ao longo da fase de campo separadas por sujeitos. As evidências observacionais foram também usadas na fase de análise tanto por este quadro quanto por informações a respeito do cenário e da dinâmica do fórum.

A respeito da amostragem de tempo, a permanência no campo não se restringiu ao período da fase de campo, ela começou pouco antes da realização das entrevistas, na escolha dos sujeitos, e estendeu-se por parte da fase de análise. A permanência em campo resumiu-se a algumas idas à sede do conselho e a presença da pesquisadora nas plenárias mensais e nas atividades como eleições, conferências, cursos e confraternizações.

Pelo fato da observação participante permitir a inserção do pesquisador no cotidiano do grupo estudado, ao mesmo tempo em que ela oferece um risco ao

pesquisador maior de produção de vieses decorrentes da convivência⁴⁴. Na observação tentou-se buscar um equilíbrio entre a inserção da pesquisadora no processo, necessário à compreensão, e a não interferência ou envolvimento pessoal na dinâmica social, que poderiam ser responsáveis por vieses na fase de análise. Embora, não se possa afirmar categoricamente que este equilíbrio foi alcançado, ao menos, até mesmo pelo fato dos encontros serem temporalmente espaçados e pelo colegiado estar acostumado a conviver com outras pessoas que não os seus membros, inclusive com pesquisadores, o envolvimento foi considerado suficiente e interrompido antes do final da análise. No entanto, a direção do conselho deixou bem claro que a contrapartida esperada, pela permissão de realização do estudo, seria um futuro regresso ao colegiado para expor os frutos da pesquisa como um retorno do mundo acadêmico àqueles que deram suas contribuições.

3.4.4 Pesquisa documental

Além da observação participante, a pesquisa documental foi outra técnica complementar às entrevistas utilizada no estudo.

Gil⁴⁵ diz que as fontes documentais são imprescindíveis em qualquer estudo de caso, sendo que o conceito de documento adotado por ele em pesquisa é muito amplo. Na pesquisa foram utilizadas como fontes documentais:

- Publicação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil que nomeia as entidades e os respectivos conselheiros, titular e suplente.
- Material didático do curso de capacitação
- Publicações do Conselho Nacional de Saúde
- Legislações pertinentes
- Diretriz e política de educação permanente

Quando o pesquisador analisa, por exemplo, documentos elaborados no âmbito de uma organização, passa a ter informações que o auxiliam na coleta de dados mediante observação e entrevista. Para o autor, o uso mais importante da

documentação em estudos de caso é o fornecimento de informações específicas com vistas a corroborar resultados obtidos mediante outros procedimentos⁴⁵.

Um importante passo para a pesquisa documental é a permissão para acessar o material necessário, tanto a formal, por autorização escrita, quanto a informal, ou seja, que vai depender da relação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. O acesso ao material, também, não se dá apenas durante a fase anterior ao campo, pois a identificação dos documentos que serão pertinentes a pesquisa não é algo que se defina de imediato⁴⁵.

Para Yin⁴⁴, nos estudos de caso, o uso mais importante da pesquisa documental é para corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes. O autor considera os documentos úteis na hora de verificar informações, obter detalhes específicos, ou ainda para conhecer situações passadas. Por isso, a pesquisa documental neste estudo é tratada como uma técnica complementar, reconhecendo-se, no entanto, sua importância desde a fase exploratória até a análise.

No entanto, é preciso lembrar que todos os documentos são escritos para algum fim, isto é, têm objetivos e públicos específicos. Assim sendo, ao se tentar identificar quais são estes fins, torna-se menos provável que as evidências documentais induzam erros de interpretação⁴⁴.

Desde a escolha até a fase de análise, os aspectos citados acima foram considerados e, dessa forma, espera-se que tenha sido possível optar-se pelas evidências adequadas e obter-se delas um bom aproveitamento.

3.5 Compreensão dos Dados - Análise de Conteúdo

Foi decidido que a técnica de análise de conteúdo seria uma opção metodológica apropriada ao tipo de estudo. Porém, não foi tomada como base uma definição de análise de conteúdo de apenas um dos autores, foi considerado que seria mais importante destacar as características que foram valorizadas e que motivaram a escolha da técnica. Sobre a análise de conteúdo é possível encontrar-se diversas definições, umas mais simpáticas ao positivismo, onde a quantificação é

a estrutura fundamental, e outras mais próximas à interpretação, onde a quantificação do conteúdo contribui, mas não se encerra nisso.

Como o propósito da pesquisa não é testar uma teoria e sim entender uma situação e a análise de conteúdo é uma técnica essencialmente para estudar a comunicação humana⁴⁵. A fase de análise neste estudo teve a intenção de objetivar e sistematizar o material obtido em campo, mas relacionando o que foi encontrado com a teoria e arriscando interpretações. Através da análise, pois, podemos caminhar na busca pelo que está por trás dos conteúdos manifestos indo além das aparências do que está sendo comunicado⁴⁹.

A interpretação é alcançada quando conseguimos realizar uma síntese entre: as questões da pesquisa; os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada⁴⁹. No entanto, o que foi feito neste estudo é uma aproximação da interpretação, ou seja, arriscaram-se algumas relações, porém, até mesmo por tratar-se de um estudo de caso, logo, uma realidade muito específica, houve um cuidado grande ao se fazer generalizações. Por isso, também, entendeu-se que as técnicas complementares, observação participante e pesquisa documental, ao serem utilizadas juntamente com a análise das entrevistas, ajudariam o leitor a se localizar na realidade estudada, demonstrando as especificidades do caso.

A respeito da forma como foi operada a análise, tomou-se como base o que diz Minayo⁴²:

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo em termos gerais relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. (p. 308)

Uma vez terminada a leitura e feitas as devidas relações, foram construídas as categorias de análise. A categorização é uma tentativa de se caminhar na objetivação durante a análise, para isso é preciso que se tenha homogeneidade, isto é, que o material todo seja submetido aos mesmos critérios⁴⁹. Para se construir categorias capazes de refletirem o propósito da pesquisa, é preciso que se tenha um sólido respaldo teórico conquistado na fase exploratória⁴⁵.

Para facilitar a leitura, as categorias foram dispostas em quadros padronizados e fragmentos de falas expressivas foram utilizados nos textos que compõem a parte de resultados e discussões do estudo. Um recurso que foi bastante utilizado na análise, na construção das categorias, foi a distinção das freqüências das unidades de sentido por segmento de conselheiros - gestores, profissionais de saúde e usuários. A escolha por essa separação se deu pela compreensão de que os segmentos têm posições sociais diferentes que, portanto, implicam em pontos de vista também diferentes. Além disso, o sentido de uma fala, por ser um recurso da comunicação, não se encerra nas palavras, pois traz cargas que variam de acordo com a posição do sujeito. Sabendo de qual segmento se trata, fica mais fácil perceber possíveis tendências relacionadas à localização social do sujeito.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A metodologia qualitativa, por lidar com pessoas e principalmente em casos que se aplica a técnica de entrevistas, levanta questões éticas tanto referentes à proteção do sigilo dos sujeitos da pesquisa quanto à utilização fidedigna do material obtido. Nesta pesquisa foram, portanto, tomadas algumas providências a respeito do assunto.

Os cuidados éticos referentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos, que têm como bases o respeito à liberdade e a dignidade humana e o compromisso social da ciência, foram devidamente respeitados. A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, determinadas pela Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde⁵⁰.

Segundo a resolução todo e qualquer projeto de pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente, deve ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa. O projeto foi, então, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), sendo aprovado o seu Protocolo de Pesquisa n.67/09.

O Protocolo de Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), elaborado conforme as normas da Resolução CNS 196/96, foram apresentados aos sujeitos da pesquisa antes de se iniciar cada entrevista. No termo estavam detalhados de forma clara e precisa os objetivos da pesquisa e suas implicações, expressando os cuidados com autonomia (traduzida na liberdade dos sujeitos para participar ou não do trabalho), privacidade e confidencialidade das informações individuais. Somente foram incluídos na pesquisa os sujeitos que leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No decorrer do texto da pesquisa não foram utilizados os nomes verdadeiros, substituídos por codinomes, e os materiais escritos e gravados ficaram o tempo todo em domínio apenas da própria pesquisadora, sendo descartado ao fim do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O Cenário e o Contexto da Pesquisa

4.1.1 Algumas notas

Por não ser um membro do conselho, foi muito importante, como pesquisadora, a presença no cenário para perceber a dinâmica do conselho estudado, pois que cada conselho distrital possui suas peculiaridades. O principal fator contribuinte para a qualidade da coleta de dados foi o processo de aproximação aos atores.

A fase de aproximação e de coleta dos dados percorreu um período grande do ano, podendo assim ser possível a observação de diversas nuances que o colegiado sofre durante o ano. A observação continuou para além da fase de entrevistas, alcançando as primeiras reuniões plenárias do ano seguinte, quando novos conselheiros assumiam.

Na época em que foi realizada a fase de campo, o novo governo municipal assumia o seu mandato, o que viabilizou a observação do processo de apresentação dos projetos para a saúde da nova prefeitura ao controle social, como, por exemplo, a apreciação do Plano Municipal de Saúde. Com relação às nuances do colegiado no decorrer do ano, pôde notar-se que a frequência e os assuntos das pautas variam bastante. No princípio do ano a frequência era maior e as pautas se referiam mais aos planos apresentados pela nova gestão do município. Nesta época é muito frequente a presença de membros da secretária que realizam exposições sobre assuntos relevantes de saúde e gestão, tais como a dengue. A fase de campo também pegou a época da conferência de saúde distrital e municipal e foi observado que a frequência às vésperas das conferências aumenta.

4.1.2 Características do Conselho Distrital de Saúde e de sua área de planejamento

O cenário da pesquisa é um dos Conselhos Distritais do Município do Rio de Janeiro que representa uma das 10 Áreas de Planejamento (AP) pelas quais o município é dividido na área da saúde. Esta AP engloba 30 bairros que em 2008 representavam aproximadamente 14,67% da população total do município do Rio de Janeiro, sendo até então a segunda AP mais populosa⁵¹.

De acordo com informações retiradas do conteúdo da apostila destinada ao curso de capacitação de conselheiros realizada por este conselho distrital, estima-se que cerca de 1/3 dos habitantes da AP estudada seja composto por população que vive em “área favelada” – expressão usada pelo material.

Na AP estudada existem 23 unidades de saúde, dentre elas unidades de saúde de esferas administrativas governamentais e privadas. Cada uma destas unidades possui representantes no conselho, onde atuam no total 104 conselheiros titulares e mais 104 suplentes, sendo apenas um voto de direito por representação, ou seja, 104 votantes. Seguindo a regra que determina que haja paridade dentre os conselheiros eles são divididos em: 26 representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde, públicos e privados do SUS (gestores), 26 representantes de Profissionais de Saúde em Unidades do SUS e 52 representantes de Entidades de Usuários do Sistema de Saúde, todos que tenham atuação na Área de Planejamento respectiva.

Além das 23 unidades de saúde localizadas, na AP também grandes instituições de pesquisa e ensino públicas, o que confere à área bastante visibilidade no que diz respeito ao desenvolvimento de atividades de assistência, ensino e pesquisa. Nos discursos analisados foi encontrado um trecho onde um dos conselheiros, o *Machado*, reconhece a presença das instituições de ensino e pesquisa na área como importantes aliadas, que de alguma maneira contribuem nas conquistas locais.

“Essa AP teve conquistas grandes, ela teve louros que outras áreas programáticas não tiveram, por exemplo, PAC, PSF, saúde bucal... todos com os modelos implantados na (citou um dos bairros da área). Não é que seja só organização da comunidade, nós temos também que agradecer por existir na nossa área a... e a... (citou duas instituições públicas de ensino e

pesquisa) e até as faculdades particulares. Enfim, instituições que têm compromisso com a saúde pública, que é uma grande vantagem, nós temos uma estrutura educacional que outras áreas não têm.” (Machado – profissionais de saúde)

A AP possui um histórico processo de acumulação na discussão em saúde. Segundo o conteúdo do material do curso de capacitação idealizado e realizado por eles, a discussão em saúde acontece na região desde a época das Ações integradas de saúde (AIS). E, o ano de 1994 é considerado uma importante data por ter sido a primeira vez que se elegeu a presidência do conselho distrital da AP um membro representante dos usuários. Além disso, aprovou-se também o regimento interno do conselho distrital. Este ato de eleger um membro usuário como presidente é chamado no material do curso de capacitação como “um salutar processo de ‘desobediência civil’”. Ainda segundo o material, durante todos esses anos de existência o conselho distrital vem lutando sempre a favor do princípio da autonomia dos conselhos e contra as tentativas de se transformar os conselhos em meros auxiliares do Governo.

Alguns membros que foram entrevistados participam deste conselho desde a época dos GEL's e CEAP's, organizações que originaram os conselhos distritais. Estes membros foram informantes importantes na obtenção de dados e informações a respeito do processo histórico e até do funcionamento atual do conselho.

4.1.3 O funcionamento e a estrutura do conselho distrital de saúde

As reuniões ordinárias do colegiado, aglomeração efetiva dos conselheiros, são chamadas de plenárias e acontecem mensalmente. As plenárias ocorrem em auditório cedido por um das unidades de saúde da AP. O ambiente conta com material audiovisual e sua capacidade é bem maior que o número total de conselheiros, o que permite a presença de ouvintes.

As plenárias costumam seguir sempre a mesma dinâmica. Normalmente iniciam com a distribuição da pauta do dia e a abertura para inscrições dos nomes das pessoas que pretendem realizar informes. Os informes, em geral, se tratam de informações passadas ao colegiado por algum conselheiro ou convidado a respeito de eventos ou qualquer outro assunto referente aos interesses do conselho e/ou da

AP que já aconteceram ou que estão por acontecer. Posteriormente, os assuntos previstos na pauta são discutidos. Em todas as plenárias há alguma exposição, normalmente realizada com o auxílio de material multimídia, sobre algum assunto de interesse da AP. Os temas costumam ser ou sobre questões que estão em voga, por exemplo, dengue, gripe H1N1, plano de saúde municipal, ou sobre os serviços de saúde da região, profissionais e gestores demonstram o funcionamento da unidade de saúde a que pertencem.

Quando o conselho precisa tomar decisões ou determinar posicionamentos em qualquer situação são realizadas votações diretas em plenária com os conselheiros que estejam presentes. Do resultado dessas votações são definidas as posições adotadas pelo conselho.

As reuniões plenárias acontecem no auditório, como já foi dito, porém o conselho tem um ponto de referência, ou seja, uma estrutura física, que é a sua sede.

A sede do conselho distrital estudado é localizada no mesmo conjunto de prédios onde se encontra a Coordenadoria da Área de Planejamento a que pertence. A sede possui uma mesa de reuniões e mais duas mesas menores utilizadas pela presidente e pelo secretário do conselho. Além disso, dispõem de uma linha telefônica própria e de um computador com impressora, porém não há acesso à internet. Quando o conselho precisa utilizar a internet, os conselheiros fazem uso de suas redes pessoais ou recorrem à Coordenadoria da AP. O conselho também não possui transporte próprio e sempre que é necessário depende que o transporte seja cedido pela secretaria de saúde ou pela coordenadoria ou por alguma unidade de saúde da AP.

A sede funciona regularmente uma vez por semana, no entanto não é incomum que a comissão executiva por razão de alguma necessidade se reúna mais de uma vez por semana. No dia da semana em que a sede abre as suas portas acontece a reunião da comissão executiva e nestes dias é fácil encontrar no local a presidente, o secretário e alguns membros da executiva durante o horário comercial.

Tanto o funcionamento da sede como a organização de todos os processos que acontecem no conselho se devem à dedicação de alguns conselheiros à comissão executiva.

A Comissão Executiva é eleita para exercer mandato de um ano, pela maioria simples dos Conselheiros, após indicação de cada segmento. Ela é composta por

quatro representantes do segmento dos usuários, dois representantes do segmento dos profissionais de saúde e dois dos representantes do segmento dos prestadores de serviços de saúde e ainda o coordenador da AP³⁰.

A executiva tem atribuições importantes como representar o Conselho quando for designado, coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias, propor a pauta para as reuniões, acompanhar a execução das deliberações do Conselho e responsabilizar-se pela análise e encaminhamento dos documentos dirigidos ao Conselho. A comissão tem ainda o poder de tomar decisões em casos de premente necessidade, diante da impossibilidade de reunir, de forma imediata, o quorum necessário para a decisão dos membros do Conselho³⁰. Por isso, a executiva se reúne com mais frequência que os demais membros do colegiado. No caso de impedimentos do presidente um dos membros da comissão é eleito para ocupar seu lugar, porém na época em que a pesquisa era realizada o conselho ainda usava o sistema de vice-presidente. O fato de eles usarem essa estrutura de vice-presidência determinada no dia da eleição se dava por que a nova legislação ainda não estava em vigor. E, todas essas atribuições da comissão executiva seguem o que a Lei nº 5.104 de 03/11/2009 prevê. O restante das atribuições, conforme foi possível observar, eram regularmente cumpridas pela comissão.

Os conselhos costumam ter outras atividades, além das regulares plenárias, como as conferências de saúde e os cursos de capacitação. Confraternizações entre os membros do colegiado também são comuns no conselho.

Talvez por ser um colegiado que se encontra regularmente e se preocupa com a qualidade das relações entre os conselheiros, durante o ano acontecem confraternizações entre o grupo. Normalmente os eventos são lanches promovidos por eles mesmos após as reuniões. As confraternizações ocorrem em ocasiões como a primeira e a última plenária do ano, o dia da abertura da conferência distrital de saúde e no aniversário de conselheiros mais antigos.

As conferências de saúde são sempre consideradas importantes pelo conselho, no entanto na conferência distrital a mobilização é mais aparente, uma vez que são eles mesmos que a organizam. A conferência distrital de saúde da AP, julho de 2009, foi realizada em uma das unidades de ensino e pesquisa que se localizam na região, demonstrando que há uma boa relação entre conselho e instituição. O comparecimento à conferência foi em massa, a maioria dos conselheiros participou e muitos levaram outros atores das suas representações. No evento havia também

uma feira aberta com estandes de unidades de saúde, organizações sociais e órgãos de utilidade pública da área de planejamento. A observação participante foi fundamental para se obter subsídios que permitissem uma melhor compreensão do cenário da pesquisa e de seus atores.

Outro evento promovido pelo conselho distrital são os cursos de capacitação para conselheiros de saúde, voltados para os conselheiros da AP. O primeiro curso, objeto da pesquisa, aconteceu anteriormente à ida ao campo e, portanto, não foi possível observá-lo. Entretanto, no decorrer da pesquisa aconteceu o segundo curso de capacitação promovido pelo conselho, cerca de um ano depois do primeiro. Assim sendo, o segundo curso foi observado pela pesquisa, embora não faça parte do objeto de estudo.

A dinâmica do segundo curso de capacitação foi semelhante à de uma aula, em formato de palestra, e ao fim da exposição os ouvintes podiam fazer perguntas. Contudo, as dúvidas foram sendo esclarecidas mesmo no decorrer das apresentações, embora os organizadores orientassem os conselheiros a se manifestarem somente ao final, em momento dedicado aos debates. No segundo curso não haviam tantos participantes como no primeiro e, além disso, ele durou apenas um dia, carga-horária de oito horas. Um material foi distribuído aos participantes e o cronograma foi cumprido.

4.2 Os Atores – Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

As entrevistas foram realizadas com 15 atores-chave, conselheiros distritais da Área de Planejamento (AP) estudada, distribuídos em três subgrupos conforme os segmentos aos quais representam. O subgrupo 'Gestores' foi composto por quatro representantes do segmento Prestadores de Serviços de Saúde, públicos e privados do SUS. O subgrupo 'Profissionais de Saúde' foi composto por quatro representantes do segmento Profissionais de Saúde em Unidades do SUS. E o subgrupo 'Usuários' foi composto por sete representantes do segmento Entidades de Usuários do Sistema de Saúde.

A divisão dos sujeitos em subgrupos na fase de discussão dos resultados é importante para que se possam fazer comparações entre seus discursos, buscando aproximações e distanciamentos. As comparações são necessárias para se problematizar as possíveis influências decorrentes das diferenças entre os segmentos e as potenciais implicações disso no processo de participação social.

A escolha dos sujeitos seguiu os critérios estabelecidos pela pesquisa, conforme já descrito no item Percurso Metodológico. Uma vez com a listagem de presença e de contatos telefônicos dos conselheiros que participaram do Curso de Capacitação em mãos, eles foram divididos nos três subgrupos e contatados. Aqueles conselheiros que por alguma razão haviam se desligado do Conselho Distrital foram descartados. Por fim, foi possível realizar 15 entrevistas dentre os três segmentos. Enquanto isso se realizou uma análise documental da publicação de posse em diário oficial dos conselheiros em 2007, com mandato até fim de 2009, na qual constavam os seus segmentos, nomes completos e a entidade que representavam. Assim, foi vista a necessidade de se classificar as entidades conforme a esfera administrativa a que pertencem, no caso das representações dos segmentos gestores e profissionais de saúde. A classificação foi realizada com os dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do DATASUS, banco de dados do Sistema Único de Saúde. Já as entidades representadas pelo segmento usuários, foram divididas apenas em associações de moradores ou outros tipos. A classificação ficou da seguinte maneira:

- Unidades de saúde municipais: são administradas pela esfera municipal;
- Unidades de saúde estaduais: são administradas pela esfera estadual;
- Unidades de saúde municipais: são administradas pela esfera federal;
- Unidades de saúde privadas: são administradas por entidades privadas, ou filantrópicas ou geridas por organizações não-governamentais;
- Associações de moradores: são as associações de moradores ou federações de associações de moradores;
- Outras associações: são aquelas que não são classificadas como de moradores.

Na parte inicial do questionário havia um cabeçalho composto pelo que foi chamado de dados de identificação, que continha espaço para informações sobre a idade, o sexo, a escolaridade, a profissão e o segmento do entrevistado.

A partir dos dados obtidos com a pesquisa documental e a parte inicial do questionário, separados por segmento, os sujeitos da pesquisa foram caracterizados segundo seu perfil (Apêndice C - Quadro A) e fundamentando-se nas questões 3 e 4 os sujeitos foram caracterizados segundo sua representação atual como conselheiro (Apêndice C - Quadro B).

Do subgrupo gestores fizeram parte duas mulheres e dois homens com idades entre 46 e 53 anos. Todos possuem escolaridade de nível Superior e um deles possui pós-graduação. Quanto ao tipo de unidade de saúde que representam, dois são de unidades municipais, um de unidade federal e outro de unidade privada. Dois dos gestores eram profissionais de saúde de formação superior, dentista e médica.

O subgrupo profissionais de saúde era composto por uma mulher e três homens com idades entre 48 e 57 anos. Três dos profissionais possuem nível de escolaridade até o Ensino Médio e um deles possui pós-graduação. No entanto, todos desenvolvem atividades profissionais que exigem até o Ensino Médio. As unidades de saúde as quais representam são todas de gestão pública, sendo uma estadual e as demais municipais.

No subgrupo usuários havia cinco mulheres e dois homens com idades entre 43 e 82 anos. Apenas um dos integrantes do subgrupo possui nível de escolaridade até o Ensino Fundamental, os outros possuem até o Ensino Médio. Neste subgrupo encontram-se três mulheres que não exercem ou exerceram atividade profissional remunerada, que se denominaram donas de casa e/ou voluntárias de saúde, duas profissionais de saúde aposentadas, técnicas de enfermagem, e dois profissionais de outras áreas também aposentados. Como se pode notar, nenhum dos representantes do segmento usuários está atualmente no mercado de trabalho formal, porém nem por isso eles estão alienados do processo. No que diz respeito ao tipo de entidade as quais representam quatro dos sujeitos do subgrupo usuários são de associações de moradores e três são de outros tipos de associações.

Quanto à forma de ingresso no cargo, isto é, como foram escolhidos dentro de suas representações para se candidatarem a conselheiros, eles foram divididos em dois grupos: os que foram eleitos; e os que foram indicados. No segmento dos gestores todos os entrevistados foram escolhidos por indicação, porém alguns atribuíram esta indicação ao seu perfil, que é o caso da *Lygia*, e outros ao cargo que ocupam, que é o caso da *Isabel*.

“[...] Eu gosto, eu tenho uma tranqüilidade nisso, então, é uma escolha por perfil.” (Lygia – gestores)

“É normal a diretoria colocar o presidente como titular e o vice como suplente, conforme a hierarquia da associação.” (Isabel – gestores)

Dentre o segmento dos profissionais de saúde entrevistados somente um deles, *Gabriel*, declarou ter entrado por indicação, entretanto este é um caso incomum, pois ele atribui a sua indicação a um acaso.

“Indicação. Não seria eu a principio, outros nomes já estavam definidos quando eu cheguei, só que na hora da conferencia de saúde, quando os conselheiros escolhidos deveriam estar presentes, um deles não estava e de última hora eu entrei.” (Gabriel – profissionais de saúde)

Os sujeitos do segmento dos usuários foram a maioria escolhidos via eleição interna, realizada em sua representação, e somente dois deles disseram não ter passado por eleições, portanto, terem sido escolhidos por indicação.

A pergunta 3 além de interrogar sobre a que instituição/ órgão/ associação o sujeito representa, ela também questionava sobre se o sujeito ocupa algum cargo na sua representação. O segmento dos gestores, pela sua natureza exige a ocupação de algum cargo de gestão, mas os outros segmentos não necessariamente exigem isso. Nenhum dos sujeitos do segmento dos profissionais declarou ocupar algum cargo na instituição em que trabalha e representa. Já no segmento dos usuários, cinco sujeitos declararam ocupar algum cargo, a maioria não especificando qual.

A resposta da pergunta 3 quanto a instituição ou órgão ou associação a que pertencem foi comparada com a lista oficial de conselheiros nomeados, cedida pelo Conselho Distrital. Assim, observou-se que em três casos, todos do segmento dos usuários, a representação declarada não confere com a publicada em diário oficial. No entanto, a informação utilizada para a análise da pesquisa, presente neste subitem e no quadro correspondente, referem-se a suas declarações na entrevista.

É importante fazer esta observação, porque esta é uma prática comum, embora muito repreendida e bastante discutida em momentos de transição de conselheiros. Os conselheiros chamam a prática de mudança de representação do sujeito de “dança das cadeiras”, ou seja, o conselheiro entra em nome de uma instituição ou associação e no meio do mandato ele muda a sua representação, passando a representar outra organização. Com a observação participante foi notado que esta é uma reclamação recorrente, tanto no discurso de posse dos

novos conselheiros, em início de 2010, como no segundo curso de capacitação. Inclusive, no curso foi esclarecido que esta prática, de mudança de representação no decorrer do mandato, está proibida com a nova lei em vigor, Lei 5.104 de 03 de novembro de 2009, sob pena de perder o mandato de conselheiro.

A observação participante permitiu que fatores não detectados nas entrevistas como o grau de envolvimento deles com o conselho, a influência que exercem nos demais e a respeitabilidade que possuem no grupo fossem agregados às informações adquiridas nas entrevistas. Além disso, o conteúdo das observações também foi agregado a informações obtidas em questões presentes no roteiro da entrevista, possibilitando a confrontação do conteúdo das entrevistas com as atitudes observadas em campo.

As observações, colhidas nas plenárias, eventos e no ato da entrevista, foram anotadas e organizadas e serão citadas ao longo da análise.

4.3 Aspectos Relacionados à Legitimidade do Conselho e da Função do Conselheiro de Saúde

4.3.1 A Representatividade

Os conselheiros *a priori* representam os diversos segmentos da sociedade e o conselho, por conseguinte, a expressão da mesma. Portanto, analisar o aspecto da representatividade significa refletir a respeito da potencialidade do fórum em expressar verdadeiramente aqueles a quem representa. As seguintes características foram, então, consideradas como determinantes para o aspecto: a composição dos conselhos, o compromisso dos conselheiros com seus mandatos e a articulação com a sociedade.

Para Carvalho², a composição dos conselhos aparece como um construto institucional expressivo da imagem-objetivo de democracia em saúde, perseguida pelo *Movimento da Reforma Sanitária*. A representatividade, então, seria um aspecto caro à proposta de participação social, pois ela é uma aposta na construção de uma

sociedade mais justa e livre, que se utiliza da democracia participativa como principal mecanismo para atingir a dignidade, a liberdade e a justiça social⁵².

O quantitativo de conselheiros é um desafio frente à heterogeneidade da sociedade na escolha das associações a serem representadas no conselho. Nos conselhos distritais, atualmente, segue-se as recomendações da Lei 5.104/ 09, que prevê que o número de conselheiros Prestadores de Serviços de Saúde, público e privados do SUS – chamados na pesquisa de *segmento dos gestores* – seja igual ao número de unidades públicas de saúde da Área de Planejamento de Saúde, acrescido de um sexto, deste número, de representantes do setor privado contratado pelo SUS. Por conseguinte, seguindo-se os critérios da paridade, o seguimento dos usuários fica restrito ao número de unidades de saúde da região. Tendo em vista que o número de unidades de saúde pode variar entre as APs e que esse número não tem relação direta com o contingente populacional, adequar a quantidade de conselheiros às necessidades da AP pode ser uma forma de combater a conservação da desigualdade na sociedade. Uma maneira de se romper isso seria a política de saúde se empenhar em compensar o quantitativo de unidades de saúde considerando as demandas populacionais por AP.

Como o segmento dos usuários está limitado ao segmento dos gestores e este, por sua vez, está vinculado às unidades de saúde, tentar alcançar uma representatividade da sociedade organizada local, diante da heterogeneidade da população no Rio de Janeiro, torna-se um desafio. As organizações que têm maior articulação, seja pelo seu histórico ou por outras razões, tendem a ter maior inserção no conselho, enquanto outras menos estruturadas não utilizam o fórum como recurso de participação.

No conselho objeto do estudo, foi possível notar, por meio das técnicas de observação participante e pesquisa documental, que há muitas associações que permanecem com direito a representação por bastante tempo, enquanto algumas não têm representação, seja porque nunca se manifestaram para ter o direito ou porque o perderam por mau uso. O fato é que há comunidades na área de grande contingente populacional que não tem representação. Isso de alguma maneira pode prejudicar as avaliações sobre as demandas da população local, uma vez que quantidades consideráveis de usuários não estão sendo representados no fórum. Embora as associações recebam o direito de compor o colegiado através da votação

realizada na conferência distrital, as associações precisam manifestar a vontade de participar e, dessa forma, só se candidatam e obtêm sucesso as mais mobilizadas.

A forma de inserção no conselho, ou seja, como os conselheiros chegam como candidatos aos mandatos e quais organizações sociais são escolhidas para estes mandatos, é uma forma de regra de representação. As regras vão delimitar as possibilidades de articulação entre democracia representativa e democracia participativa⁵³. A participação não necessariamente é representativa, para se ter representatividade da sociedade na participação essas regras precisam ser objetivas e, obviamente, seguidas à risca. Para tal são formadas as legislações e para que elas sejam efetivas a participação da população que experimenta o dia-a-dia dos conselhos precisa construí-la junto aos legisladores.

A paridade na representação entre os membros institucionais e não institucionais é uma das regras mais prezadas pelos atores do controle social. Isto porque, a legislação do SUS estabeleceu esta regra, para eliminar ou diminuir as desigualdades entre as categorias e equilibrar as forças sociais⁵⁴. A lei 8142/ 90 já prevê que a composição do conselho deve ser paritária, porém não a descreve com exatidão. A paridade como é exercida, ou seja, que estabelece que 50% dos conselheiros devem ser representantes do segmento dos usuários, 25% dos trabalhadores e saúde e os 25% restantes formados por gestores e prestadores de serviço, somente foi estipulada com a publicação da resolução 33/ 1992, do Conselho Nacional e Saúde¹².

No caso estudado, foi observado, pela pesquisa documental, que o princípio da paridade é respeitado. No entanto, em conversas informais e discursos presenciados nas plenárias, foi percebido que alguns conselheiros já representaram outros segmentos que não o atual, indicando que a rotatividade para eles às vezes pode significar a mudança de segmento ou de entidade. Um exemplo é que um dos conselheiros que na época da realização da pesquisa estava cumprindo mandato no segmento dos profissionais de saúde, em outras épocas cumpriu mandatos como representantes dos usuários, por sua associação de moradores. Outro exemplo, só que de mudança de entidade, é o de uma entrevistada que relatou já ter representado anteriormente outras associações dentro do mesmo segmento, dos usuários.

Em virtude de que adquirir familiaridade com os complexos assuntos do SUS leva tempo e requer dedicação, o grau de instrução dos conselheiros, principalmente

dos usuários, interfere na qualidade da participação. Se por uma parte, o nível de conhecimento do conselheiro em muito favoreça o desempenho no conselho, por outra, poderia apontar para um fenômeno de elitização dos representantes dos usuários nos conselhos⁵⁵. Esta elitização não se refere apenas ao grau de instrução, mas também à “profissionalização” dos conselheiros, expressa pela baixa rotatividade dos mesmos^{53,56}.

A rotatividade dos conselheiros, isto é, a variação dos sujeitos a cada novo mandato, e a necessidade de conhecimento referente ao Sistema de Saúde para se compreender as questões surgidas no fórum confrontam-se quando se pensa em representatividade e a função de promoção da cultura de participação.

A relação entre rotatividade, elitização e profissionalização foi analisada nos discursos dos sujeitos por meio da informação sobre escolaridade obtida pelos dados de identificação (Apêndice C - Quadro A), da pergunta que se referia ao tempo que têm de permanência no conselho (Apêndice D - Categoria A) e outras informações que surgiram no decorrer dos discursos.

Quanto ao grau de escolaridade não há relações relevantes a se fazer e, portanto, nesse ponto o fenômeno da *elitização* não se confirma, porém ele se revela quando se observa o tempo de experiência como conselheiros. A *elitização* se dá, então, pelo saber adquirido que estes conselheiros acumularam devido ao tempo de atuação no colegiado. Com relação ao fenômeno da *profissionalização*, ou seja, quanto aos conselheiros que há muito tempo estão cumprindo mandatos seguidos de conselheiro, a maior parte dos entrevistados tinham mais de 4 anos de mandato, sendo que 4 deles, 1 profissional de saúde e 3 usuários, têm mais de 10 anos de conselho e desses 4 apenas um usuário não compôs o GEL no passado - grupo que originou os conselhos distritais. As falas a seguir são destes 3 que fizeram parte do GEL:

“Eu freqüento o conselho desde a sua formação, porque eu freqüentava o GEL. Estou desde o princípio.” (Aluísio – usuários)

“Existia na área o grupo GEL, então eu fazia parte desde jovem do grupo, eu participava pelo comitê da igreja pela pastoral da saúde.” (Nélida – usuários)

“Eu sou do tempo do GEL. Desde que existe conselho eu sou conselheiro.” (Machado – profissionais de saúde)

É possível perceber, ao menos nessa amostra de sujeitos entrevistados, que a rotatividade não é muito comum, principalmente se considerarmos que nos

critérios de escolha dos sujeitos estavam os mais influentes e atuantes conforme observação prévia.

Um ponto a se considerar em suas falas é que nesta pouca rotatividade está embutida uma trajetória que entre outros possibilitou alguns entendimentos sobre os complexos processos do SUS. Entretanto, essa forma de se compreender o fenômeno confronta-se com a idéia de que a ausência de rotatividade é um impeditivo da expressão democrática do colegiado. Uma vez que os cidadãos assim têm menos oportunidade de serem indicados pelas associações para representá-las nos conselhos, o caráter democratizador dos conselhos de saúde se perde quando não há rotatividade dos cargos⁵⁵.

Todavia, a falta de rotatividade não se deve apenas à vontade dos sujeitos em permanecer nos cargos, as organizações têm dificuldades em cooptar pessoas que tenham interesse em participar do controle social. A dificuldade pode estar ligada à insuficiência do exercício democrático, não disseminação da cultura de participação na sociedade.

O grande problema da não rotatividade seria essa representação viciosa perder com o tempo o principal motivo de se ser um conselheiro, representar as demandas e as opiniões do seu segmento social. Logo, a falta de interesse na participação geraria não só dificuldades na reposição de atores, mas também ausência de cobranças da sociedade por articulação com o colegiado, além de refletir a falta de disseminação de princípios democráticos.

Desse modo, para garantir a representatividade é necessário haver uma articulação permanente, que possa assegurar que as decisões tomadas no conselho representem os interesses da maioria da população¹.

A articulação com a sociedade nos conselhos se dá por dois eixos. O primeiro acontece entre os conselheiros e as suas respectivas bases, trata-se da comunicação entre o conselheiro e a sua organização e desta com o segmento social a que representa. Este primeiro eixo de articulação é fundamental à representatividade, pois quando um conselheiro toma uma postura diante de alguma questão surgida no fórum subentende-se que aquela posição reflete a opinião da maioria a que representa e que já houve, portanto, um debate sobre o assunto na sua base. O entendimento de que o conselheiro quando vota está expressando a vontade da sua representação é claro, visto que o sujeito no colegiado não representa a si mesmo e sim a sua organização que o concedeu o direito a

representá-la. Entretanto, há normalmente fatores que impedem ou dificultam essa articulação.

Na fala de *Gabriel* é perceptível essa compreensão de que se o conselheiro não debate com sua representação, com sua base, há um equívoco quanto à representatividade dele no conselho.

“O que muitos confundem é que não estão ali se representando, mas sim uma unidade, então, precisa passar o que foi decidido e discutido ali para a sua base e não dar só a sua opinião.” (Gabriel – profissionais de saúde)

A ocupação de algum cargo dentro da organização, para os conselheiros do segmento dos usuários, significando um duplo papel de representante-dirigente da associação, revela uma relação assídua entre o conselheiro e a organização. Porém isso não significa que a organização trave debate entre seus representantes ou com a população sobre assuntos surgidos no conselho de saúde ao qual faz parte⁵⁶.

No caso estudado observou-se que 5 dos 7 usuários entrevistados declararam-se ocupantes de algum cargo em sua representação, o que reafirma o duplo papel citado anteriormente (Apêndice C – Quadro B). No entanto, como foi dito também, isso não significa que haja o debate na organização necessário para se caracterizar articulação.

O segundo eixo é sobre a articulação que acontece de modo geral entre o conselho e a população. Essa relação diz respeito à comunicação entre as ações do conselho e a sociedade beneficiada, ao conhecimento da mesma sobre a existência e função dos conselhos de saúde e, ainda, ao interesse da população em ocupar as arenas de controle social.

A divulgação precária das ações dos conselhos pode ser um agravante para o distanciamento entre o colegiado e sociedade. Contudo, a existência de alguma forma de divulgação não significa que a população e entidades civis tenham conhecimento das decisões e discussões dos conselhos⁵⁶. Por isso, é essencial que para a articulação entre sociedade e conselho haja a ampla divulgação do conselho distrital, por meio das reuniões abertas, isto é, um incentivo para população freqüentar as reuniões mesmo não sendo conselheiros, e da publicização das suas ações.

Utilizando-se do conteúdo coletado pela observação participante foi visto que no conselho objeto da pesquisa há certo grau de articulação com a sociedade, por publicarem as datas das reuniões e por manterem as reuniões abertas com voz para

quem não é membro do conselho. A publicização é feita pelo site do hospital que abriga as reuniões plenárias e por calendário impresso disponível.

A categoria B (Apêndice D) é o resultado da análise das respostas do roteiro de entrevista sobre os caminhos percorridos pelos sujeitos até a condição de conselheiro. Nesta categoria é possível identificar o conhecimento deles sobre a existência do conselho distrital de saúde anterior a suas participações. Estes dados podem ser relacionados à articulação entre conselho e sociedade, visto que o conhecimento da população sobre a existência do colegiado é um indicativo da qualidade da publicização das ações do conselho e do seu diálogo com a sociedade local.

Somente 3 dos entrevistados, um de cada segmento, disseram não saber da existência do conselho até começarem a participar. Isso pode ser um dado positivo no aspecto articulação, porém é importante lembrar que a maioria dos entrevistados usuários tem um histórico envolvimento com movimentos sociais e que os profissionais de saúde e gestores possuem algum conhecimento sobre o SUS. Dessa forma, pode-se pensar que ao menos as articulações com a sociedade organizada e com as unidades de saúde são realizadas satisfatoriamente.

Ainda na categoria B é possível perceber que a articulação pode provavelmente estimular a cultura de participação, posto que alguns dos conselheiros – 1 gestor e 5 usuários - iniciaram suas trajetórias no colegiado como ouvintes, ou seja, sem possuírem mandatos. No entanto, conforme o material obtido, esta afirmativa somente pode ser feita em relação ao segmento dos usuários, pois apenas 1 dos gestores entrevistados declarou que iniciou sua participação no conselho antes de obter um mandato de conselheiro. Assim, pode-se perceber que para a os gestores e profissionais há uma tendência de vincular a participação ao mandato.

O papel dos conselhos configura-se por duas dimensões, uma é a de resolutividade das questões referentes à saúde que está atribuída às características legais e organizacionais da instância. A outra é a dimensão transformador, isto é, multiplicadora e até mesmo conscientizadora, pois compreende a construção e a difusão de uma cultura participativa¹². A articulação do conselho com os usuários estimula a cultura participativa através da demonstração da potencialidade do controle social.

Os conselhos de saúde, portanto, são espaços singulares para o desenvolvimento de atitudes cívicas comprometidas com os direitos de cidadania e com o interesse geral. O próprio conselheiro pode sentir essa mudança, pois a participação no conselho de certa forma obriga-os a se manterem melhor informados sobre o funcionamento das instituições públicas, quer dizer, desperta interesse por questões ligadas à vida cívica⁵⁶. A expressão deste interesse é o fato dos conselheiros freqüentarem outros espaços de representação social, seja por conta própria ou em nome do colegiado.

As categorias C e D (Apêndice D) revelam muito sobre a cultura de participação estimulada pelo exercício do controle social. Na categoria C vemos que dos 15 entrevistados, 10 sujeitos participam atualmente de outras formas de participação social e demonstram em seus discursos a importância da participação associando-a à atuação como conselheiro. O discurso de *Mario* é um exemplo dessa consciência da importância da cultura de participação e da riqueza da integração entre as arenas de participação:

“A própria associação tem que estar participando, tem que estar interada do que está havendo no cenário nacional, estadual e municipal, para trazer o que há de melhor para a comunidade. Nós como representantes da comunidade temos que estar participando.” (Mario – gestores)

A cultura de participação é estimulada pelo seu próprio exercício e na categoria D é possível ver que somente um dos entrevistados declarou que sua participação no conselho é completamente vinculada ao seu cargo de gestor. Desse jeito, cabe exemplificar a intenção de continuidade de envolvimento com o conselho mesmo no caso de possuírem mais mandato.

“Vou continuar mesmo porque quando comecei eu não tinha mandato e ia sempre.” (Maria Clara – usuários)

“Se eu me aposentar, eu ainda irei lá. Posso ir pelo segmento dos aposentados. [...] Então, eu acho que o conselho também é um meio de cultura, porque no final das contas a gente fica com raiva das pessoas que não participam. Por exemplo, depois que eu entrei no conselho, eu entrei na associação dos moradores. Eu vi que era uma coisa importante eu também estar lá. Acho que faz a pessoa se ‘coçar’.” (Lygia – gestores)

Um importante facilitador da efetividade da representação é a própria presença física do conselheiro nas reuniões plenárias e outras atividades. Só que essa presença muitas vezes não depende apenas do sujeito, no caso dos que têm

atividade profissional é importante que recebam apoio e liberação na carga horária, ao menos para freqüentarem os principais eventos, como plenárias e conferências.

As categorias E e F (Apêndice D) foram construídas justamente utilizando-se os dados obtidos pelas entrevistas sobre a freqüência dos sujeitos da pesquisa nas reuniões plenárias e se sofriam algum tipo de dificuldade para cumprirem com este compromisso. Todos os entrevistados declararam não sofrer qualquer forma de coação no ambiente de trabalho que implicaria em dificuldades de comparecerem à plenária ou às demais atividades de conselheiro. Duas falas foram destacadas para exemplificar esse aspecto, a da *Clarice* e a do *Machado*, ambos profissionais de saúde.

“Sou funcionária daqui a vinte anos, mas sou liberada direto para ser conselheira. Tenho um acordo verbal, amigável, entre a direção e o conselho distrital, que me libera da minha atuação como técnica.” (Clarice – profissionais de saúde)

“Nunca tive dificuldades de militar nem pela secretaria, nem pelos meus chefes, nem diretores. Sou liberado sempre nos dias de reunião, conferências. A prefeitura nunca me impediu, embora muitas das vezes eu estivesse lutando contra ela. Nunca sofri restrição de governo nenhum, não tenho do que reclamar.” (Machado – profissionais de saúde)

Clarice se diz liberada informalmente de suas atividades na unidade de saúde para exercer seu cargo de conselheira, porém com a observação participante no dia da entrevista, que foi realizada em sua unidade, foi percebido que ela assume outras atividades relacionadas ao controle social na instituição como o relacionamento com o conselho gestor do hospital formado por pacientes e comunidade. Já o *Machado* fala sobre um ponto de vista político importante, quando diz que nunca – lembrando que este conselheiro atua no controle social desde a época dos GELs – sofreu qualquer tipo de coação mesmo em situações de oposição ao empregador, no seu caso a Prefeitura. Portanto, podemos perceber que se há alguma forma de constrangimento por parte das instituições são realizadas de formas mais sutis e não envolvem o impedimento da presença dos conselheiros no fórum.

Sobre a freqüência nas reuniões mensais, as informações dadas por eles foram confrontadas com a observação participante e de fato se confirmam, quando a maioria afirma não faltar às plenárias. Ademais, na fala de *Machado* é perceptível a assiduidade como um motivo de orgulho.

“Nunca faltei uma. Até dia de aniversário passo na luta.” (Machado – profissionais de saúde)

4.3.2 A Autonomia

Um órgão de representação social para que possa funcionar plenamente precisa de autonomia, liberdade para agir. A limitação em infra-estrutura, as restrições impostas à candidatura para presidência, a liberdade de instituírem suas próprias normas de funcionamento, a falta de competência daqueles que o compõem e a burocratização do caráter deliberativo podem significar obstáculos à autonomia do conselho de saúde.

O apoio administrativo e a infra-estrutura física dos conselhos, além de serem primordiais para o bom funcionamento do colegiado, são indicadores do apoio político do gestor do SUS ao controle social e à gestão participativa⁵³. A infra-estrutura, por conseguinte, gera autonomia assim como a não vinculação do cargo de presidente a um membro do Governo.

Desde 1995, com a publicação da Lei nº 2298/ 95, que altera e acrescenta dispositivo à Lei nº 2011 de 31 de agosto de 1993, o presidente do conselho distrital de saúde não precisa ser obrigatoriamente o Coordenador do Distrito de Saúde. Depois, a Lei 5.104/ 09, que hoje vigora sobre os conselhos distritais e o municipal de saúde do município do Rio de Janeiro, manteve essa liberdade para a escolha da presidência e a concedeu também ao conselho municipal. Como no conselho municipal do Rio de Janeiro até a publicação da lei 5.104/ 09 ainda havia a obrigatoriedade do presidente do conselho ser o secretário municipal de saúde, e no conselho estadual do Rio de Janeiro ainda há essa limitação, nesse sentido da autonomia, os conselhos distritais sempre foram mais avançados que os das outras duas esferas superiores.

Pelas legislações vigentes, desde a Lei 8.142/ 90, os conselhos de saúde também têm garantia de autonomia do ponto de vista da liberdade que conferem ao colegiado para que os próprios definam suas normas de organização e funcionamento, por meio da elaboração dos regimentos internos¹². Todavia, o cumprimento das normas estabelecidas por vezes pode esbarrar em dificuldades relacionadas à infra-estrutura.

Com a pesquisa documental, foi visto que tanto o fato do conselho ter um representante dos usuários como presidente, quanto a elaboração do regimento pelos próprios são motivos de orgulho para o colegiado. Afirma-se isso com base na

leitura do material didático do curso de capacitação realizado por eles em 2008, onde os mesmos caracterizam a AP pelo seu processo de acumulação na discussão de saúde e associam a primeira eleição para presidente, que elegeu um usuário, como um ato de desobediência civil. O material ainda ressalta que a aprovação do regimento interno considerou as deliberações das conferências de saúde as quais, segundo eles, o poder público tenta não se submeter.

A autonomia também está ligada à qualidade da participação dos conselheiros. Devido à complexidade do sistema de saúde, o conselheiro precisa ter algum conhecimento acumulado e adquirido sobre o sistema para poder compreender os debates ocorridos no conselho e corretamente repassá-los as suas bases. A falta de competência dos conselheiros pode inclusive ser um impeditivo para que realize debates dentro da própria base, dificultando a possibilidade de se posicionar legitimamente no colegiado.

A educação permanente para conselheiros seria, pois, um caminho para esta qualificação do debate e uma alternativa para construir a consciência da importância do agente de controle social e suas responsabilidades. A forma como essa educação é realizada e a relevância que os conselheiros dão a ela são considerados nesta pesquisa pontos fundamentais para a conquista da autonomia. Problematicar a capacitação dos conselheiros sob a perspectiva do empoderamento e da consciência crítica é o exercício de algumas questões do roteiro de entrevistas, que serão vistas em análise posteriormente aqui.

Outro importante aspecto, e talvez o mais relacionado à autonomia, é o caráter deliberativo dos conselhos e a homologação das suas decisões pelo poder público. Os Conselhos de Saúde podem ser entendidos como espaços deliberativos da máquina político-institucional do SUS, portanto, instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público⁵². Mas, para fazer valer essas decisões é necessário que elas sejam respeitadas como vontade da população e então homologadas pelo poder executivo.

O caráter deliberativo dos conselhos pode perder-se com a não homologação constante das suas deliberações pelo executivo, ou seja, o caráter deliberativo do conselho é sempre ignorado, transformando os conselhos, dessa forma, em meramente informativos e dificultando a elaboração comum de políticas públicas⁵⁷. A homologação ou não das decisões dos conselhos depende da relação entre o

Estado e o colegiado e representa a autonomia dos conselhos sob a visão do governo, quer dizer, a concessão do poder à sociedade.

Quando o Estado não considera com freqüência as deliberações dos conselhos de saúde, diz que há uma burocratização da participação⁵⁷. Este fenômeno em muito prejudica o fortalecimento do controle social e desqualifica o caráter deliberativo dos conselhos para apenas consultivo, sem poder de intervenção e autonomia.

4.3.3 Os principais limites encontrados no Conselho Distrital sob a perspectiva dos conselheiros

Mesmo quando são institucionalizadas, experiências de participação social costumam enfrentar dificuldades de funcionamento, as quais se refletem em limites da legitimidade do fórum. No entanto, Labra⁸ ressalta que isso é compreensível visto que, por um lado, tem-se a pouca adesão dos governantes e, por outro, a disseminação ainda capilar dos valores democráticos, que a participação requer, no seio da sociedade. A autora se baseia no fato histórico de que em democracias maduras - como nas democracias européias – foi preciso mais de um século para se equacionar essas questões. Portanto, levando-se em conta que as experiências de controle social em saúde no Brasil, como os conselhos, têm no máximo o tempo de existência do SUS, ou seja, cerca de vinte anos, é de se esperar que os limites aconteçam e a melhor maneira de lidar com eles é identificando e problematizando-os em busca de soluções. Pensando dessa forma, o roteiro de entrevista previu uma pergunta que indagava os sujeitos da pesquisa a respeito de qual seria na perspectiva deles os maiores limites encontrados no conselho distrital estudado.

A autora Correia¹ diz que os limites que os conselhos, em geral, encontram são: a ingerência política na escolha dos conselheiros, a falta de informação dos conselheiros, a desarticulação com suas bases, a fragilidade da mobilização das entidades representadas - que por sua vez é o reflexo da desmobilização da sociedade -, a cooptação de lideranças em troca de favores, a falta de transparência dos gestores no uso dos recursos, a manipulação dos conselhos para legitimar

gestões, a pouca visibilidade social das ações dos conselhos e o descumprimento das suas deliberações por partes dos gestores.

Comparando-se a perspectiva dos sujeitos entrevistados com os elementos citados por Correia¹, como os principais limites encontrados pelos conselhos gestores em geral, é possível detectar semelhanças. A perspectiva dos conselheiros foi, então, analisada e categorizada (Apêndice D - Categoria G) e entendeu-se que para eles os maiores limites estão relacionados basicamente a cinco pontos, que são: a falta de articulação entre os conselheiros e suas bases; a falta de cultura participativa e de compromisso dos conselheiros; a falta de condições em infraestrutura; a falta dos conselheiros não estarem empoderados; e a burocratização do caráter deliberativo. Para efeitos da análise, estes cinco pontos foram associados aos dois fatores considerados no estudo como determinantes para o alcance da legitimidade. Os dois primeiros pontos citados foram associados à representatividade e podem ser identificados nos fragmentos transcritos de duas falas:

“A vaidade de certas pessoas, que estão lá para não lutar pela comunidade, mas sim para si.” (Lygia – gestores)

“O que eu vejo ali que deveria acontecer, mas não acontece é o compromisso dos próprios conselheiros. Às vezes marca uma reunião todo mês, mas só enche na época das conferências. O conselho deveria ser mais rígido com isso.” (Maria Clara – usuárias)

Na fala de *Lygia* pode se identificar o incômodo dela com a falta de articulação entre os conselheiros e suas bases e na de *Maria Clara*, com a falta de compromisso dos conselheiros com seus mandatos.

Os outros três pontos citados pelos sujeitos como maiores limites foram associados à autonomia e são bem exemplificados pelas falas do *Aluísio*, do *Augusto*, da *Cecília*, da *Clarice* e da *Florbela*.

“Questões relacionadas ao tempo e às despesas, que não são cobertas. Muitos até deixam de freqüentar a reunião por não ter recurso. Falta recurso financeiro para que o conselho e conselheiros continuem atuando.” (Aluísio – usuários)

“A maior dificuldade é a manutenção, o suporte, nós temos pouco suporte físico, com relação à sala, equipamentos. No conselho, por exemplo, nós não temos acesso à internet, não temos administrativo.” (Augusto – profissionais de saúde)

“A gente tem que resolver aquela hora dentro da plenária, os usuários não sabem o que está sendo resolvido.” (Cecília – usuários)

“O conselho discute e fica aguardando que o governo resolva, o governo, por sua vez, demora em dar uma resposta concreta.” (Florabela – usuários)

“Eu acho que é assim, ele delibera, mas ele não tem a força total. O governo é que tem a força total, então, a gente delibera, mas fica muita coisa que a gente não consegue resolver.” (Clarice – profissionais de saúde)

Para o *Alúcio* e o *Augusto* os maiores limites estão relacionados à infraestrutura, que para eles afeta tanto o conselho como os conselheiros. Já a *Cecília* refere-se ao fato dos conselheiros não possuírem o empoderamento necessário para tomar as decisões que lhe são requeridas.

Conforme foi observado na convivência com os conselheiros através da técnica de observação participante, a burocratização do caráter deliberativo dos conselhos é um ponto bastante discutido neste conselho distrital. E, as falas de *Clarice* e *Florabela* fazem referência a este limite, que por sinal foi o que obteve maior frequência, em todos os segmentos, nos discursos analisados.

A participação e o controle social, por via dos conselhos, é uma forma de interlocução regulada e institucionalizada, a qual se julga ter um considerável grau de aceitação e legitimidade¹³. Se por um lado, existe a expectativa de que a institucionalização denote legitimidade; por outro, permanece a desconfiança de que o reconhecimento pode vir a ser meramente formal, ou seja, uma estratégia de esvaziar as instâncias participativas, uma forma mais sutil de negar-lhes legitimidade¹².

No Brasil, embora tenha sido o Estado quem concedeu o direito à participação e os fóruns somente tenham se formado a partir deste reconhecimento, a concessão do direito à participação por estes moldes foi fruto da luta da sociedade organizada junto a intelectuais e profissionais da saúde. A princípio, durante o processo de democratização do país, a luta pelo fórum foi um movimento de sujeitos que discordavam da forma como o Estado conduzia as políticas de saúde. Assim sendo, a institucionalização da participação social brasileira traz elementos resultantes dos movimentos de regulamentação tanto do Estado, como da população organizada, isto é, traz fatores que juntos influenciam no alcance da legitimidade do controle social.

Em virtude desta oficialização, é necessário se ter atenção à efetividade da participação, à legitimidade real do fórum. A se institucionalizar a arena de participação, embora isso não garanta necessariamente a legitimidade, há uma tendência à produção de regras mais claras de acesso, de funcionamento e da

atribuição na participação¹². Portanto, a análise de aspectos como a representatividade e a autonomia pode contribuir não só para contextualizar a realidade a que se estuda, mas também na construção da busca pela legitimidade.

Por fim, pode-se pensar que iniciativas de participação para serem legitimadas e obterem resultados precisam de apoio tanto do Estado como da sociedade: no respaldo na gestão pública, reconhecendo legitimidade às instâncias e garantindo o cumprimento de suas deliberações e condições necessárias de funcionamento; no compromisso dos sujeitos sociais com a participação; e a partir destes na promoção da cultura participativa.

4.4 As representações dos conselheiros

4.4.1 As representações dos atores sobre o que é ser conselheiro de saúde

A qualidade da participação está relacionada tanto a questões referentes à legitimidade do conselho, seja no aspecto da representatividade ou da autonomia, quanto à consciência do conselheiro sobre o seu papel e as motivações que os levam a ocupar o cargo. Assim sendo, considerou-se importante que no roteiro de entrevista estivessem presentes perguntas relativas ao significado pessoal de ser conselheiro e as motivações iniciais, que os levaram até o colegiado, e as atuais, razões para manterem-se como tais.

Os sujeitos participam dos conselhos de saúde pelas mais variadas motivações que transitam por propostas egoístas, individuais, solitárias e/ou coletivas¹². As motivações iniciais, conforme a análise realizada, variam entre duas naturezas: institucional e pessoal (Apêndice D - Categoria H). Dentre as motivações institucionais foram consideradas aquelas em que o sujeito declarou que iniciou sua participação no colegiado por circunstâncias relacionadas à entidade que representa, por designação ou por interesse de fortalecer as articulações da mesma com demais atores da saúde. Porém, é importante destacar que as motivações desta natureza não partiram da vontade pessoal de participar e sim de uma demanda da instituição ou associação que representam. A outra natureza de

motivação inicial é a pessoal, ou seja, refere-se aos motivos que partiram da vontade do próprio indivíduo de participar. Dentre estes motivos pessoais foram incluídos os discursos nos quais os sujeitos descreveram a motivação, mas não mencionaram as suas representações.

Em meio aos sujeitos dos segmentos dos gestores e dos profissionais de saúde entrevistados, apenas um de cada segmento associa a sua motivação inicial a um interesse pessoal e não a uma designação institucional.

“Eu sempre tive esse lado assim de defender, de ficar do lado das necessidades da população. Sempre briguei muito por isso, sou moradora daqui da área.” (Isabel – gestores)

Vale salientar que ambos, a gestora *Isabel* e o profissional de saúde *Machado*, são moradores da AP. Sendo que ele ainda possui um histórico de participação no conselho desde a sua criação e em outras épocas já atuou como líder comunitário e chegou a representar os usuários. Com isso é possível perceber que há a tendência nos dois segmentos de que a aproximação com o fórum seja muito mais circunstancial do que uma iniciativa relacionada à cultura de participação. O contrário acontece quando se observa a tendência do segmento dos usuários nos dados obtidos. A maioria, 5 dos 7 entrevistados, alegou iniciar a participação no conselho movida por razões relacionadas à vontade de participar, ou seja, à cultura de participação. De modo geral, eles citaram suas características pessoais e a simpatia com a idéia de participar, porém um dos usuários, o *Aluísio*, apresenta uma visão bastante particular que compensa ser mostrada. Quando perguntado por que começou a participar ele responde:

“Em primeiro, por amor, pensando em ajudar as pessoas.” (Aluísio – usuários)

Os fatores condicionantes da participação, analisados aqui pelas motivações iniciais e atuais dos sujeitos, incluem que a decisão de participar advém de ponderações sobre os custos e benefícios do mandato, não necessariamente do ponto de vista negativo, mas do retorno à população representada. Fatores culturais – como idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução – e psicossociais – como normas e valores são do mesmo modo condicionantes da participação¹². A cultura de participar algumas vezes surge do próprio exercício do controle social no conselho, reafirmando o potencial da instância como disseminador do ideal da democracia participativa. Isso pode ser notado quando se comparam as motivações

iniciais com as atuais (Apêndice D - Categoria I) e observa-se que há uma tendência de mudança de opinião a respeito da motivação de participar com a experiência no controle social. Sendo que somente um dos gestores insiste que a sua participação é totalmente vinculada ao seu cargo. Os demais gestores e profissionais que a princípio assumiram seus mandatos por razões institucionais, quando perguntados sobre porque continuam no conselho, alegam terem passado a gostar da atuação por algum motivo pessoal. As falas da *Lygia* e da *Virgínia* podem demonstrar as mudanças:

“Eu acho que eu fui por uma substituição, mas é uma coisa que a princípio não arrebatava. Depois você vai conhecendo, vai se envolvendo. É uma coisa dinâmica, não tem como não se converter. O conselho você vai conhecendo indo, conhecendo os ideais, as propostas, e vai entrando em um contexto.”
(Lygia – gestores)

“Em primeiro entrei porque eu fui convidada pela associação e aceitei. Depois que eu comecei a frequentar, achei que era uma forma de ajudar.”
(Virgínia – usuários)

A partir da análise do conteúdo das falas dos conselheiros sobre as suas motivações para continuarem as atuações como membros do colegiado foram construídas as duas correntes da categoria J (Apêndice D). Uma das correntes encontradas no discurso sobre as motivações refere-se à possibilidades de contribuição para a saúde através da participação. Ela foi construída pelas semelhanças encontradas em diversos discursos como, por exemplo, o da *Nélida* e o do *Machado*:

“A motivação de ser conselheiro de saúde é você saber que está fazendo o que de melhor você pode fazer para tentar melhorar as condições de vida e de saúde da população e do trabalhador do SUS.” (Machado – profissionais de saúde)

“Minha motivação é brigar para que a saúde aconteça, porque tem como ela acontecer.” (Nélida – usuários)

Nas falas acima é possível perceber que eles acreditam nas possibilidades de alcançarem seus objetivos, no caso a melhoria do sistema de saúde. *Scorel & Moreira*¹² lembram da interdependência entre os atores, a instância e o Estado na busca dos sujeitos pelos seus objetivos. Os autores dizem que as possibilidades dos sujeitos alcançarem seus objetivos por meio da participação dependem de características comportamentais do próprio sujeito, como persistência, dedicação, disciplina, resiliência, organização autocompreensão, coerência dos objetivos, (auto) crítica, reflexão... Entretanto, em seguida os autores atentam para o fato de que as

possibilidades não são dadas apenas pelos sujeitos, as instancias em que a participação é exercida também são fundamentais para o alcance destas possibilidades. E, por sua vez, as instâncias de participação estão condicionadas pelo regime político da sociedade em que se inserem.

A outra corrente da categoria J (Apêndice D) entende que a maior motivação para persistirem nessa participação é a possibilidade de obterem um canal com os outros segmentos que compõem o conselho e com o Governo. A oportunidade do debate e da articulação é valorizada pela gestora Isabel em seu discurso:

“Melhorar a promoção e recuperação da saúde da população, fazer essa integração entre os serviços, eu acho isso muito bem bolado. Eu fico aqui trabalhando, mas não sei como o outro trabalha. Sempre busquei isso, essa co-participação entre as redes municipal, estadual e federal.” (Isabel – gestores)

As instâncias participativas são os espaços cujo propósito é permitir que os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos¹². Assim sendo, os conselheiros ao valorizarem os conselhos como locais privilegiados de articulação entre as esferas do sistema de saúde estão compreendendo a importância do diálogo e da união em prol da potencialização da participação. E, por outro lado, comparando-se as duas correntes, pode-se pensar que a potencialização pela articulação aumenta a possibilidade de se alcançar melhorias na saúde através da participação, visto que, como já foi dito antes, a atuação do sujeito está atrelada também ao cenário do colegiado e do sistema político.

Os entrevistados além de falarem das suas motivações, também explicaram o que significa para eles ser um conselheiro de saúde. A categoria K (Apêndice D) foi composta a partir destas respostas e percebendo-se que elas seguiam três tendências. A primeira é quando os sujeitos relacionam o significado de ser conselheiro a características ligadas à institucionalização do conselho de saúde como seu caráter propositivo, fiscalizador e deliberativo, sua composição tripartite e o próprio fato de ser um fórum reconhecido formalmente. As falas de *Lygia*, *Gabriel* e *Augusto* podem exemplificar a primeira tendência. Os dois primeiros citados *Lygia* e *Gabriel* ressaltam o caráter fiscalizador, enquanto *Augusto* refere-se à inserção dos conselhos na política de saúde pelo poder deliberativo.

“Eu acho que é um participante, é um controlador - uma palavra até meio forte – mas de saúde.” (Lygia – gestores)

“A atribuição do conselheiro de saúde é acompanhar o processo de saúde na sua área, as necessidades que as unidades têm, os atendimentos, a estrutura, o conselheiro está fiscalizando isso tudo.” (Gabriel – profissionais de saúde)

“É ter a chance de estar operando sobre a política de saúde no Brasil. Lá nós fazemos isso mesmo, opina, vota, define, encaminha.” (Augusto – profissionais de saúde)

A segunda tendência da categoria K é de relacionar o significado ao compromisso pessoal com a saúde, ou seja, como uma satisfação pessoal ou um ideal de vida, valorizando a participação em si independente da condição formal do fórum. Para exemplificar esta tendência são expostos fragmentos dos discursos de um usuário, *Aluísio*, e de um profissional de saúde, *Machado*, pois ambos falam do compromisso com a saúde da população.

“É uma coisa muito bonita para aquele que gosta realmente de ter o compromisso com a saúde. É um compromisso com a saúde.” (Aluísio – usuários)

“Ser conselheiro é você saber dos seus deveres e direitos e você ter compromisso com a saúde pública no Brasil, é você acreditar no que faz... É uma questão de idealização mesmo, querer lutar e acreditar naquilo que você está fazendo. Sei que o caminho é esse, que estou correto e que estou dentro da luta para a melhor qualidade de vida da população... Ser conselheiro é ideal de vida.” (Machado – profissionais de saúde)

Já a terceira tendência observada na categoria acontece quando os entrevistados se referem ao caráter representativo, não valorizando a institucionalização, nem somente a participação.

As falas nesta última tendência se referem ao conselho pela sua representatividade, como elemento da democracia representativa, e principalmente colocam os conselheiros como referências. Isso pode ser visto nas falas de *Maria Clara* e de *Diego*, destacadas a seguir:

“Acho que é uma referência na própria comunidade.” (Maria Clara – usuários)

“...O conselheiro é o porta-voz dos pacientes daqui que vai captar tudo que for de necessidade e levar lá para dentro e tentar melhorar.” (Diego – usuários)

Labra & St.Aubyn⁵⁶ reafirmam a terceira tendência da categoria K (Apêndice D) quando dizem que para os conselheiros o fazer parte da administração local através desse colegiado é considerado um compromisso muito valorizado e levado a sério. E quanto à posição de referência dos conselheiros, os autores dizem que o mandato também confere ao cidadão uma posição de *status* social diferenciado

frente a sua comunidade, que pode ser destacado no alto valor concedido pelos conselheiros à sua participação nessa instância.

Ainda falando da categoria K, a segunda tendência, na qual os conselheiros valorizam o compromisso pessoal, pode ser respaldada pelo que diz Correia¹. A autora lembra que o conselheiro, por estar desempenhando um papel considerado de relevância pública, não é remunerado e deve ter compromisso e responsabilidade com a delegação de poder legitimada pela sociedade. Deste modo, os conselheiros reconhecem este compromisso como uma atitude pessoal.

Correia¹ afirma também que o caráter deliberativo do conselho possibilita à sociedade participar do destino da política de saúde. Por isso, o conselheiro deve estar atento à importância de seu papel representativo. O conselheiro não representa interesses individuais, mas interesses da coletividade. Dessa maneira, pode-se pensar que as três tendências não estão descoladas em seus significados, são apenas três formas diferentes, porém não excludentes, de se destacar o sentido da função do conselheiro de saúde.

4.4.2 As representações dos sujeitos sobre saúde

Conquanto haja uma definição atual de saúde determinada pela OMS, muito se discute a respeito do que seria saúde. O foco da análise realizada para a construção da categoria L (Apêndice D), *representações dos sujeitos sobre*, não foi procurar saber se os sujeitos da pesquisa dominam qual é a definição de saúde oficial e sim verificar a construção subjetiva, presente na fala do sujeito a respeito do processo saúde-doença. Entende-se por este processo tudo que se refere a variáveis que envolvem a saúde e a doença como algo interligado e dinâmico. E, a valorização da subjetividade do que é saúde baseia-se na consideração de que a saúde é um fenômeno social.

Dado que, como fenômeno social, a saúde é manifestação da vida material, das carências, dos limites e do imaginário coletivo, a representação de saúde é fruto e manifestação de condicionantes sócio-históricos. Estes condicionantes se vinculam a acesso a serviços, tradições culturais, concepções dominantes sobre o

assunto e a inter-relação de tudo isso⁴². Como a noção de saúde subjetiva reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural⁵⁸, é possível relacionar o contexto do sujeito com a sua fala. Sendo assim, faz-se necessário relacionar as demais categorias já analisadas, principalmente as características dos sujeitos, com as categorias construídas para este item. Simultaneamente, é importante fundamentar as tendências teóricas das definições de saúde usadas na construção das categorias.

Dentro da categoria L (Apêndice D) foram diferenciadas 5 tendências de discursos: *A saúde como ausência de doenças; A saúde como resultante das condições de vida; A saúde como um direito; A saúde como o determinante fundamental das condições de vida; e A saúde como uma consequência espiritual.*

Tanto as falas que declararam a ausência da doença claramente, como é o caso da *Virgínia*, quanto as que se citaram a saúde fazendo referência à doença, como é o caso da *Florabela*, foram identificadas na primeira tendência.

“Saúde é não ter doença.” (Virgínia – usuários)

“... A saúde é uma dádiva de Deus. A pessoa saudável tem que agradecer a Deus por não estar doente e não passar pelo que muitos passam.” (Florabela – usuários)

A ausência de doenças como definição de saúde foi referida somente por representantes dos usuários e por vezes ela vem acompanhada das tendências *A saúde como o determinante fundamental das condições de vida* e *A saúde como uma consequência espiritual*.

Até 1948 não havia um conceito universalmente aceito do que é saúde⁵⁸. Até então se conceituava a saúde de diversas formas, conforme a escola de pensamento, mas o mais comum era defini-la como ausência de doenças, seguindo a lógica do reducionismo biomédico, onde o foco é o agente etiológico. No entanto, a representação da saúde como ausência de doença carregava um sentido de negatividade. Logo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua fundação, preocupou-se em definir a saúde de modo a superar este sentido. A organização propôs, então, a superação da negatividade através de um conceito integrador que, mais que um conjunto de negativas, pretendia designar a inexistência de qualquer condição indesejável⁵⁹.

O conceito divulgado pela OMS, na carta de princípios de 7 de abril de 1948, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não

apenas a ausência de enfermidade”⁵⁸. Este conceito refletia aspirações nascidas dos movimentos sociais do pós-guerra, que eram o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo⁵⁸. A saúde, portanto, deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Sendo assim, de acordo com o conceito de saúde da OMS, ter saúde é mais do que não estar doente, visto que envolve uma concepção de vida com qualidade, a qual se traduz no cotidiano em bem-estar físico, mental e social⁶⁰.

Em virtude da amplitude do conceito, muitas críticas surgiram. Enquanto algumas são de natureza técnica, devido ao seu caráter de idealização inatingível, e à sua falta de objetividade para ser usada pelos serviços de saúde. Outras são de natureza política, libertária, isto é, o conceito poderia abrir precedente para abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde⁵⁸. Também falando sobre as críticas, mas sob o aspecto da natureza técnica, Oliveira & Egrý⁵⁹ colocam que de acordo com ABED⁶¹, algumas das muitas críticas feitas a tal conceito referem-se ao fato de que nele a saúde aparece como algo absoluto e indivisível, como um valor demasiadamente genérico, que faz uso de um termo estático como “estado” para definir algo que é essencialmente mutável e de outro pouco preciso como o “bem-estar”.

A tendência *A saúde como resultante das condições de vida* (Apêndice D – Categoria L) foi identificada a partir das semelhanças encontradas nas falas que apresentavam as condições de vida como determinantes da saúde. Foram incorporadas a esta tendência os casos em que o entrevistado citou, por exemplo: o termo bem-estar ou o conceito universal de saúde da OMS; ou os determinantes da saúde, tais como moradia, alimentação, lazer e educação, enquanto condições fundamentais para que a saúde ocorra, mas não sendo citado o termo bem-estar; ou, ainda, o termo qualidade de vida.

Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multidimensionais e complexos. Assim, a saúde configura um estado relacionado aos aspectos econômicos, socioculturais e à experiência pessoal⁶². O termo qualidade de vida foi encontrado em apenas uma das falas, na do gestor *Ubaldo*, e ele se referiu aos determinantes da saúde, citando alguns deles:

“Saúde seria ter qualidade de vida onde se engloba as ações do Estado, que é dar saúde, educação, moradia, emprego para os cidadãos brasileiros e derivando daí, aquilo que tem gente que ainda tem dificuldade de entender, o saneamento básico. O saneamento não é da área de saúde, mas é um item para a saúde. A meu ver a área de saúde é tudo que é relacionado a

qualidade de vida, tanto nos aspectos de moradia, educação, até a assistência, seja no nível de complexidade que for. Saúde é garantir uma vida com qualidade e não ficar tentando resolver problemas.” (Ubaldo – gestores)

O interesse pelo conceito de qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas⁶². A luta pela saúde na promoção da saúde equivale à melhoria da qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas suas principais estratégias²³. Em sua fala, *Ubaldo* nitidamente faz essa relação entre a qualidade de vida e a promoção da saúde, quando, embora não a cite diretamente, ele refere-se a elementos da promoção.

Já a tendência *A saúde como um direito* (Apêndice D – Categoria L) foi identificadas nas falas que se referiam à saúde como ou um direito do ser humano, ou um dever do Estado. As falas de *Clarice* e de *Nélida* exemplificam esta tendência.

“Saúde é um direito do povo, uma auto-estima, um viver melhor. Com saúde você vive melhor, porque você tem trabalho, moradia, acesso a todos os benefícios que o governo dá, só com saúde. Se não tiver saúde acabou, a saúde é um bem total do ser humano, é o bem mais rico pro ser humano. É por isso que eu batalho para uma saúde melhor para o ser humano.” (Clarice – profissionais de saúde)

“A saúde é um órgão que precisa existir com a equipe multiprofissional, com os insumos para que ela funcione, o espaço, os funcionários e se não existe nada disso, não existe saúde. A saúde é um órgão mal resolvido.” (Nélida – usuários)

Quando *Clarice* cita a saúde como um direito, ela está lembrando que no Brasil a saúde é a uma responsabilidade do Estado, um direito social previsto pela Constituição Federal de 1988¹⁵, mais especificamente pelo Artigo 6º. Do mesmo jeito, *Nélida* associa a saúde ao Estado, quando a identifica como um órgão do Governo. Ambas, portanto, reforçaram a importância de se lembrar do direito à saúde, que é a base dos princípios do SUS.

No discurso de *Clarice* há, também, a presença de outra tendência, *A saúde como o determinante fundamental das condições de vida*, e na sua construção foram considerados os discursos que tratavam a saúde como *um bem maior* ou como *condição fundamental para trabalhar*. Ao contrário de como foi colocado anteriormente, nesta categoria ter saúde seria um pré-requisito para se ter as demais condições de vida. Ao definir a saúde como o maior bem que se pode possuir e considerá-la como condição fundamental para se trabalhar, o sujeito está

projetando-a no efeito mais dramático que sua ausência pode produzir, qual seja, a incapacidade de trabalhar e a conseqüente ameaça à subsistência familiar. Dessa forma, a idéia de saúde é alienada do indivíduo e apropriada pelo meio social via capacidade de trabalho⁶³.

No discurso da população, a saúde aparece como um conceito pluridimensional, ultrapassando, em geral, a dimensão biológica, a ausência de doenças. A saúde é um estado que depende de muitos fatores que vão desde as condições de vida até fatores de ordem sobrenatural. A idéia de saúde presente no discurso popular é, portanto, uma concepção que, apesar de incorporar o discurso médico (biológico), ultrapassa-o revelando a própria ordem social⁶⁴.

A última tendência (Apêndice D – Categoria L), *A saúde como uma conseqüência espiritual*, foi construída pelos discursos que se referiam à saúde como *dádiva de Deus* ou como *bem-estar espiritual*. Vale ressaltar que esta tendência trata-se de um exemplo do surgimento da precisão de se incluir novos conceitos à pesquisa durante a fase de campo. Inicialmente o aspecto sobrenatural não foi considerado na fase de fundamentação teórica, porém a questão surgiu no discurso de três dos entrevistados. Portanto, esse é um exemplo da necessidade de retorno à fase exploratória no decorrer da fase de campo. A religiosidade e a espiritualidade, expressas nos discursos, não foram aqui diferenciadas e sim utilizadas como uma mesma tendência. Um exemplo dela é o fragmento do discurso de *Florabela* - encontrado neste item do texto quando a tendência *A saúde como ausência de doenças* foi discutida -, onde ela fala da saúde como uma dádiva de Deus. Outro exemplo é o discurso de *Lygia*, que já não se refere diretamente a Deus:

“Saúde pra mim é uma coisa muito completa. É o bem-estar físico, mental, espiritual e social.” (Lygia – gestores)

Embora o surgimento desta categoria pudesse ser relativamente esperado, já que o campo religioso faz parte da cultura popular, fica difícil relacionar o assunto às características dos sujeitos, pois a atribuição da saúde à espiritualidade está muito ligada à cultura e experiência de vida do entrevistado. Em geral, as pessoas ligadas à fé cristã são as que colocam em Deus a causa primeira da saúde, no entanto isso não faz com que excluam de seus discursos outras causas^{42,65}. Isso é o que acontece nesta pesquisa, onde todos os conselheiros que citaram a espiritualidade

falam de outras categorias também. *Lygia*, por exemplo, inclui a espiritualidade ao conceito de saúde da OMS e *Floribela*, embora atribua a saúde a Deus, define-a também como ausência de doenças.

As crenças e práticas religiosas são partes relevantes da orientação geral de mundo do sujeito e não devem ser vistas como estratégia defensiva ou de esquiva da realidade⁶⁶. Nesta discussão elas são comparadas aos estilos de soluções de problemas.

Atribuindo a noção de saúde aos estilos de soluções de problemas mencionados em Faria & Seidl⁶⁶, na análise do surgimento da saúde como dádiva divina na fala de conselheiros o estilo a se destacar é o colaborativo. No artigo são colocados três tipos de estilo:

O primeiro estilo é denominado autodirigido (self-directing) em que a responsabilidade pela resolução dos problemas é atribuída ao indivíduo, e Deus é concebido como dando liberdade à pessoa para conduzir sua própria vida. O segundo é o delegante (deferring), quando o indivíduo transfere tal responsabilidade a Deus, esperando que soluções venham por meio dos esforços Dele. O terceiro é o chamado estilo colaborativo (collaborative) no qual a responsabilidade é atribuída tanto ao indivíduo como a Deus, ambos percebidos como participantes ativos na solução de problemas. (p. 383)

Se por um lado, ao atribuírem a saúde a uma dádiva, eles colocam a responsabilidade em Deus, por outro lado as atuações deles como conselheiros caracterizam a percepção do indivíduo como participante ativo na solução de problemas. Entendeu-se assim que o estilo colaborativo seria o eleito pelos conselheiros, embora a pergunta não tenha sido sobre o enfrentamento e sim sobre a representação de saúde.

A compreensão de saúde popular não é unicausal, ao contrário se define pelo pluralismo. Ela é holística, ecologicamente orientada, articula-se com as condições materiais da existência e as expressa⁶⁵. Como pôde ser visto em alguns dos exemplos dados, as falas dos entrevistados apresentam comumente mais de uma tendência para a conceituação de saúde, indicando a pluridimensionalidade da compreensão de saúde para o sujeito. O pluralismo se deve à experiência individual e coletiva do sujeito, posto que a intenção da questão fosse de captar a subjetividade da compreensão de saúde. Desse modo, cabe fazer algumas comparações entre a predominância das tendências por segmento de conselheiros.

A identificação de *A saúde como ausência de doenças* foi percebida somente no segmento dos representantes dos usuários. Pelo fato desta tendência ser

baseada no modelo biomédico, é provável que o modelo esteja muito enraizado na fala dos usuários. A indagação que se pode fazer é de se o conceito biomédico está presente somente por conta de fatores culturais ou se a convivência com o SUS tem alguma influência. De fato, os princípios e diretrizes do SUS não se assemelham à definição da saúde como ausência de doenças, no entanto, na prática esta visão pode estar sendo passada aos usuários, seja pelos profissionais que os atendem ou pelas campanhas de educação em saúde.

Por outro lado, as identificações de *A saúde como resultante das condições de vida* e *A saúde como um direito* predominaram nas respostas dos segmentos dos profissionais de saúde e dos gestores, o que indica a noção ampla de saúde. Pelo fato de atuarem na área da saúde, espera-se que apresentem discursos de conteúdo mais voltado às definições teóricas de saúde, devido à experiência profissional mediatizada pela teoria. Por este ponto de vista, embora as suas atuações na prática não necessariamente correspondam às suas falas, ao menos em seus discursos os profissionais da saúde detêm o conceito de saúde universal bem enraizado.

Saber quais são as representações de saúde presentes nos sujeitos da pesquisa pode ser bastante relevante, pois a forma como compreendem a saúde reflete na natureza das reivindicações e posições que adotam dentro da arena de participação social, o conselho. A seleção das demandas levadas ao fórum e a posição tomada é diretamente relacionada à noção de saúde que se tem. Se, por exemplo, a representação predominante for a ausência de doenças, é de se esperar que os debates ocorram mais em torno da rede assistencial. Enquanto, se a representação predominante for a do sentido amplo de saúde, é de se esperar que haja espaço também para questões relacionadas aos determinantes da saúde e não apenas a rede assistencial.

4.4.3 As representações dos atores sobre participação social

A discussão sobre participação voltou à tona no período de democratização do país, principalmente na segunda metade da década de 80. Em uma conjuntura

de mobilização política, o debate sobre a participação social retorna com a dimensão de controle social, ou seja, controle de setores organizados da sociedade sobre o Estado¹⁴. Na área da saúde, especialmente, a participação é cada vez mais vista como importante aspecto transformador no projeto social democrático.

Os conselhos de saúde podem ser, desse modo, exemplos de exercício da participação, pois são espaços colegiados permanentes com presença da sociedade civil que têm poderes legalmente previstos de inserção nos processos decisórios da política de saúde.

Dado que no Brasil vivencia-se uma sociedade democrática, o fortalecimento da participação social torna-se fundamental. Por conseguinte torna-se também importante que as representações sobre participação social daqueles que ocupam os espaços destinados para tal elemento democrático seja analisada.

À medida que a participação é um dos pilares do SUS e os conselhos de saúde são algumas das instâncias de participação reconhecidas legalmente pelo sistema, os conselheiros distritais de saúde são, portanto, alguns dos muitos sujeitos que ocupam estas instâncias. Sendo assim, devido à relevância do tema e a necessidade de se identificar as tendências da noção de participação social no discurso dos conselheiros, algumas perguntas do roteiro de entrevista foram realizadas neste sentido.

Valendo-se de algumas respostas do roteiro de entrevista, a representação sobre participação social dos entrevistados foi analisada e dividida em 3 categorias (Apêndice D – Categorias M, N, O).

A primeira categoria (Apêndice D – Categorias M) diz respeito ao que representa a participação social. Para se formá-la, os discursos foram separados e reagrupados conforme as semelhanças de sentido encontradas. As tendências encontradas identificam a participação social como: uma *ação individual*; uma *ação coletiva*; um dos *direitos e deveres do cidadão*; uma *noção de mutirão*; um *ato democrático*.

Na participação como *ação individual* foram englobados os discursos nos quais o entrevistado se referia à participação como uma característica pessoal ou como um ato individual e não como uma responsabilidade coletiva. Esta tendência foi identificada em 7 dos 15 discursos, estando presente em todos os três segmentos de conselheiros e a resposta de *Diego* é um bom exemplo dela:

“É você se propor a ajudar na área social, dar uma contribuição.” (Diego – usuários)

Já a tendência em que a participação é vista como uma *ação coletiva* foi encontrada em apenas um discurso, da *Clarice*:

“... se não tiver a participação social os conselhos não existiriam. A participação social para a saúde é o coletivo.” (Clarice – profissionais de saúde)

Outra tendência identificada foi a de associar a participação como *direitos e deveres do cidadão*, e o *Machado* e a *Maria Clara* são bons exemplos destes casos.

“Participação social é a coisa mais linda que existe no mundo, é a cidadania. É o direito do cidadão de decidir o que é melhor para ele e isso é o papel do controle social, dos conselhos. A comunidade paga imposto, ela não pede favor, e ela tem o direito de dizer o que é bom para ela, de dar opinião, de colocar como funciona, porque ninguém melhor que a população para dizer como funciona do que a população que usa os serviços.” (Machado – profissionais de saúde)

“Participação são as nossas cobranças que devemos fazer.” (Maria Clara – usuários)

A participação enquanto ato democrático foi reconhecida em apenas um usuário, no entanto, é uma categoria bastante relevante com relação à revisão teórica realizada. Quem usou esta categoria foi a usuária *Nélida*, presidente do Conselho Distrital:

“A participação social é um momento democrático.” (Nélida – usuários)

As idéias de coletividade e cultura de participação, como *ação individual*, e as de *diretos e deveres do cidadão*, assim como a de *ato democrático* trazem elementos de regimes democráticos representativos.

Uma última tendência a ser discutida é a de *mutirão*, que dialoga também com a noção de *democracia*, visto que fala da inserção do cidadão na prática da saúde, porém de forma diferente. Ela foi encontrada somente em duas falas, e ambos citaram a *dengue*. O discurso de *Mario*, gestor, é um exemplo desta última tendência analisada:

“A meu ver é a gente estar inserido naquilo que acontece a nossa volta, estar se preocupando conosco e com quem está à volta. Por exemplo: no combate a dengue, acho que todos têm que estar agindo, interagindo, em conjunto por um bem maior, que é para todos, o de combater a dengue.” (Mario – gestores)

O conceito de mutirão como um dos significados de participação social reafirma o que Valla⁶⁷ diz que de há uma tendência que desponta quando se fala de participação social, que seria a de reduzir a participação ao trabalho popular segundo a idéia de mutirão, de apoio mútuo, de solidariedade.

Uma forma alternativa a se pensar a idéia de mutirão é a de responsabilização múltipla, ligada aos conceitos da promoção da saúde. Nesta linha de pensamento, a responsabilidade não é apenas de um dos lados, Estado ou População, e sim dos dois, cada um contribuindo com sua parcela, seja na pelos problemas, seja pelas soluções⁵. A idéia, de modo algum, exime o estado de suas obrigações, porém propõem a aproximação do sujeito social no processo da política de saúde. Dessa forma, a própria ação do conselheiro pode ser considerada sob este ponto de vista uma forma de responsabilização múltipla.

As mesmas respostas que permitiram construir a categoria M, as *representações dos sujeitos sobre participação social*, foram usadas na categoria N (Apêndice D), *a que a participação está relacionada*, que buscava identificar se os entrevistados relacionavam a participação com algum setor social determinado como a saúde ou, ainda mais especificamente, com os conselhos de saúde.

A maioria dos usuários, seis dos sete totais, não relacionou a participação à saúde, referindo-se a ela de um modo geral na política. Enquanto que maior parte dos profissionais de saúde e gestores relacionou a participação à saúde ou, ainda, aos conselhos de saúde. Exemplos desta categoria podem ser vistos nos trechos que foram citados acima para exemplificar a primeira categoria. As falas de *Diego*, *Nélida* e *Maria Clara* demonstram que eles não associam a participação social diretamente à saúde.

Já nas falas de *Mario*, *Clarice* e *Machado* é possível perceber que eles citam a saúde ou os conselhos para explicar a participação, dando a entender que a suas representações em participação estão diretamente associadas ao setor saúde.

A terceira categoria O (Apêndice D), por sua vez, é sobre os *conselhos como espaços de participação social*. Neste caso, todos os entrevistados responderam que sim, o que cabe, portanto, uma autocrítica de se a estrutura do roteiro poderia ter induzido a resposta positiva ou não. Se a suposta indução não for considerada, pode-se levar em conta que o uso do termo participação social para nomear o papel dos conselheiros é fala freqüente em discursos do colegiado. Porém, não se deve realmente esquecer a possibilidade de ter ocorrido indução, pois por mais que o

pesquisador tente evitá-la, trata-se de um risco corrente nas entrevistas, inerente à relação humana.

A democracia participativa exige, portanto, uma cidadania ativa, pessoas e coletividades que participem, isto é, uma cultura de participação¹⁸. Conquanto, para que esse controle seja possível, a sociedade deve estar preparada para exercer tal função. Uma das maneiras de se fomentar a cultura de participação pode ser o uso de recursos de educação, como as capacitações para conselheiros.

4.5 Considerações sobre o Curso de Capacitação

4.5.1 Formato do curso

O I curso de capacitação para conselheiros da AP objeto de estudo aconteceu no local habitual de realização das plenárias em novembro de 2008 e teve duração total de 18 horas, divididas em dois sábados. Segundo os organizadores do curso, a participação não foi obrigatória, o que pode ser confirmado na fala de *Virgínia*.

“O conselho é que indica e a pessoa aceita ou não. O conselho não obriga. Ele diz quantas vagas tem e as pessoas se candidatam.” (Virgínia – usuários)

A ausência de obrigatoriedade para se participar do curso não implicou esvaziamento ou desinteresse. Ao contrário, todos os entrevistados disseram ter tido participação plena, ou seja, presença em toda carga horária – Categoria P (Apêndice D). *Ubaldo* demonstra concordar com o fato de a participação no curso não ser obrigatória e atenta para a importância de se sensibilizar os conselheiros para que eles mesmos compreendam a necessidade de aderirem às práticas educativas oferecidas. Enquanto isso, *Lygia* resume bem o sentimento de cumplicidade com a proposta de educação facultativa, demonstrando como o interesse não está aliado à obrigatoriedade.

“O curso não deve ser obrigatório, mas deve haver um processo de sensibilização das pessoas para que entendam a importância de fazer o curso.” (Ubaldo – gestores)

“Você sabe que fim de semana de curso cansa, porque a gente trabalha a semana toda, mas você vê que o negócio vai esquentando, vai ficando tão bom que no final da tarde você até continuaria ali, você não tem vontade de fugir, tal é a qualidade do curso.” (Lygia – gestores)

A categoria Q (Apêndice D) refere-se à opinião dos entrevistados sobre o formato do curso. Entendeu-se por formato, e isso foi explicado a eles durante a entrevista, a maneira como o curso se desenvolveu. No caso, o formato do curso foi o seguinte: dois dias de aulas, carga horária de 18 horas, com palestras, mesas-redondas e a exibição de um filme. Estas atividades foram realizadas em auditório e foi posteriormente distribuída uma apostila com o conteúdo das apresentações (Apêndice E – Quadro C). Ao final de cada exposição, havia um momento de cerca de meia hora dedicado ao debate com os participantes do curso, quando os conselheiros podiam tirar suas dúvidas a respeito do assunto abordado. Porém, os entrevistados relataram que os palestrantes permitiram interrupções no decorrer das exposições para se tirar dúvidas que surgiram. Por fim, para os sujeitos que participaram integralmente do curso foi entregue um certificado de participação assinado pelo coordenador da CAP (coordenadoria da área programática), por um representante do conselho municipal de saúde do Rio de Janeiro e pela presidente do conselho distrital em exercício.

Alguns dos sujeitos da pesquisa disseram ter achado o formato do curso adequado. Estes conselheiros, além de não apontarem críticas, não fizeram quaisquer sugestões para os cursos futuros ao supor-se a continuidade do processo educativo. No entanto, outros disseram terem gostado, porém fizeram críticas e sugestões quanto ao formato.

A crítica relativa a curta carga horária do curso apareceu em alguns discursos como, por exemplo, o da *Cecília* e é um indicativo da demanda dos conselheiros por processos educativos.

“Gostei, só acho que o curso deveria ser mais extenso. Para nós foram poucas horas. Achei adequado o formato, mas muito rápido.” (Cecília – usuários)

Outro tema recorrente na fala dos entrevistados, quando faziam críticas e sugestões, foi o debate. Entretanto, o mais curioso é que ele foi tratado por uns como um impeditivo do andamento do processo educativo, e por outros como um elemento fundamental.

Nas falas de *Isabel*, *Maria Clara* é possível perceber que elas vêm necessidade de se ouvir mais os participantes.

“Em comparação com o outro curso que participei, eu gostei dos dois, as pessoas chamadas eram muito boas, mas aqui me pareceu que faltou ouvir mais os usuários.” (Isabel – gestores)

“Sobre o formato eu acho que poderia ter sido incluído a roda de conversa, porque um acaba conhecendo melhor o outro. Isso também faz muita diferença e poderia ser incluída.” (Maria Clara – usuários)

Os tipos de sugestões que surgiram nos discursos para aumentar essa participação do aluno incluíam rodas de conversa, grupos de trabalho e dinâmicas de grupo. Além disso, a maioria dos entrevistados se referiu ao debate quando argumentou a favor do curso. Assim sendo, as propostas feitas pelos sujeitos em prol do debate refletem a demanda deles por uso de metodologias de ensino mais participativas.

O desejo por mais debate se afina com o que a Diretriz de Educação permanente prevê, quando ela recomenda a utilização de dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração (dinâmicas de grupo, debates, discussões, plenárias, de estudos dirigidos, etc.)³⁵.

Outra maneira de se julgar o debate e as interrupções para as dúvidas pode ser percebida nos discursos, por exemplo, da *Nélida*, a presidente do conselho, e da *Florabela*.

“Não acho a mais adequada. No próximo pretendo fazer um formato que seja mais de esclarecimentos, como se o conselheiro estivesse em uma sala de aula mesmo. [...] Vamos fazer agora um formato diferente, vamos dar ao palestrante o tempo que ele precisar para falar, sem ser interrompido, seriam menos palestrantes com mais tempo. Um formato mais de aula, o palestrante fala tudo e no fim vêm as dúvidas, o aluno não interrompe, só no fim é que terá um tempo para os conselheiros tirarem suas dúvidas.” (Nélida – usuários)

“Poderia ser mais parecido com uma sala de aula.” (Florabela – usuários)

Ver as interrupções às exposições como impeditivos do andamento do processo educativo e a preferência delas por um formato mais semelhante à aula formal pode revelar diferentes leituras. Especificamente para a fala de *Nélida*, pode ser feita uma leitura sobre a possível preocupação dela como presidente quanto ao aproveitamento do tempo, posto que existam restrições orçamentárias e muitos assuntos a serem discutidos. Outra leitura, para ambas as falas, é a provável

necessidade por uma educação mais formal, que neste caso tendo em vista a escolaridade delas pode refletir uma compreensível demanda pessoal. E, uma terceira leitura, também para ambas, seria a acomodação da sociedade à formalização histórica do ensino. Sobretudo a partir da segunda metade do século XX, a forma escolar contaminou todas as modalidades educativas não escolares dirigidas ao público adulto⁶⁸. Esse engessamento do ensino não escolar, que circunscreve a educação às metodologias tradicionais não participativas, acaba limitando a credibilidade dos processos educativos ao formato escolar, ou seja, à verticalização do ensino onde a problematização e o debate não são prioridades.

Nas metodologias participativas o foco da educação não é o objeto, mas o sujeito, que é reconhecido como um ser histórico potencialmente crítico e, portanto, capaz de contribuir na construção do saber⁶⁹. O otimismo ingênuo de que a prática educativa, independente de como é realizada, é por si só transformadora da sociedade precisa ser criticamente analisado⁷⁰.

O conhecimento fruto do consumo de idéias pelos alunos de um ser dotado de capacidade, o professor ou palestrante, absolutamente proporciona resultados diferentes da educação participativa, que reconhece o saber do outro. No ensino de molde escolar tradicional, em que há o depósito de idéias sem espaço à problematização e ao diálogo, o sujeito não é chamado ao mundo⁷⁰, isto é, não há o caráter libertário da educação quando o sujeito se conscientiza do seu potencial de transformar a realidade.

O curso de capacitação quanto ao seu formato, embora tenha se aproximado mais da educação formal, visto que a disposição do conteúdo foi previamente determinada e que havia a formalização do comparecimento por um certificado, ele também permitiu um dos elementos fundamentais da educação participativa, o debate.

Na fala de *Augusto*, pode se perceber uma visão diferente dos demais a respeito do debate que aconteceu no curso de capacitação.

“A estrutura foi palestra e a participação foi boa. Na verdade um curso não tem muito do que participar é você assistir e aprender, mas em nível de conselho de saúde vai ter sempre um debate, uma discussão, não tem jeito, já está no sangue do pessoal que está ali.” (Augusto – profissionais de saúde)

Augusto relaciona a participação a uma cultura comum própria dos conselheiros que sempre acontecerá independente do formato educativo que lhes é

imposto. Ele também associa o formato de curso às características escolares tradicionais. Para ele a participação atrapalha pelo fato de tratar-se de um curso, pois se fosse outro formato o debate não seria um impeditivo. Isso demonstra como a associação entre a educação e a forma escolar está enraizada no imaginário popular.

A importância do reconhecimento dos saberes foi lembrada por *Machado*, que usou o que ouviu em outro momento de Victor Valla, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz.

“Muito adequado, porque o professor faz a palestra, depois faz o debate. É importante isso porque, segundo o Professor Valla o verdadeiro conhecimento é o saber popular unido ao saber científico. Foi uma coisa que me marcou na fala dele, porque o que ele estava querendo dizer com isso é que a ENSP estava dando ajuda ali com o conhecimento científico e técnico, mas estava recebendo da gente o conhecimento popular, o que nós estávamos precisando. Assim é que se sai o documento adequado para poder atender os anseios da população. Maravilhoso o modo dele falar.”
(Machado – profissionais de saúde)

Ao reconhecer a importância da fusão dos saberes baseado no que diz um acadêmico, que valoriza o saber popular, *Machado* está realimentando o ciclo de respeitabilidade aos saberes. Assim, ele defende a presença do debate sob a perspectiva de que se trata do recurso fundamental da troca de saberes.

No entanto, Valla⁶⁷ ressalta que não é apenas uma simples questão de dar espaço ao saber popular. Muitas vezes os mediadores pedem para a população se manifestar numa reunião como uma prova de seu compromisso com o que o autor chama de ‘democracia de classe média’. Pois, uma vez passada a fala popular, os detentores do saber científico procuram voltar ‘ao assunto em pauta’, entendendo que a fala popular foi uma interrupção necessária, mas sem conteúdo e sem valor. A fala do *Machado* encontra-se com o que propõem Valla, de que a troca de saberes só acontece quando há a construção de uma terceira perspectiva, um saber construído ali no diálogo, onde cada um dos lados aprendeu e ensinou⁶⁷.

Para haver debate é preciso, contudo, que primeiramente haja a comunicação entre as partes, que elas se entendam. Para tanto a linguagem utilizada no processo de capacitação deve ser o mais compreensível possível, sem que os participantes sejam privados de quaisquer aspectos, seja pela linguagem. Caso ela seja demasiadamente complexa, uma parte dos conselheiros pode não captar o que está

sendo dito e sentir-se excluída. Porém, do contrário, se ela for exageradamente simplificada, os sujeitos podem ser privados de informações importantes.

Maria Clara em seu discurso atenta para a relevância da utilização da linguagem na medida certa, dizendo que no seu ponto de vista a achou adequada neste curso ministrado pelo conselho distrital.

“Achei adequado, porque a linguagem foi boa. Lá no (citou o nome do outro curso que participou fora da AP) já foi mais a linguagem técnica e aqui não, já foi mais povão que é o que nós gostamos mesmo. Foi mais fácil de entender e faz a diferença.” (Maria Clara – usuários)

A educação pode ser vista como a relação entre interlocutores que querem construir um horizonte discursivo e através dele alcançar um objetivo comum⁷¹. Por esta perspectiva a linguagem é um ponto fundamental no processo educativo devendo-se buscar, portanto, um equilíbrio que propicie o entendimento por ambas as partes, educador e educando.

Adotar linguagens exageradamente técnico-científicas indica um exercício de poder que desautoriza as falas e posições daqueles que não são legitimados por tais conhecimentos. Isso pode provocar a exclusão dos que não detêm esse tipo de saber legitimado academicamente, resultando assim tanto na alienação do sujeito no processo educativo, como na inibição em suas atividades de conselheiro⁷².

Já o *Ubaldo*, faz uma interessante sugestão para facilitar a compreensão do conteúdo, quando se refere à prática de esquetes. Os recursos lúdicos, como as esquetes teatrais, têm sido utilizados em algumas experiências na saúde inclusive para se facilitar a compreensão. No entanto, é preciso se tomar uma postura crítica a tais recursos. Pois, se por um lado eles podem trazer grandes contribuições, no que diz respeito à linguagem e a visualização da realidade. Por outro lado, podem também ser formas disfarçadas de conservação de uma postura depositante do ensino, até mais perigosas que as tradicionais, pois lida com o lúdico seduzindo e bloqueando sutilmente o potencial crítico do aluno, principalmente àqueles que não têm acesso ou são mais sensíveis à arte.

“O formato poderia ser esse, mas com introdução de esquetes que facilitariam a compreensão.” (Ubaldo – gestores)

Se os conselheiros de saúde são sujeitos políticos do SUS¹ e se nenhuma *práxis* política pode ser desenvolvida alheia às práticas discursivas⁷³, logo, o debate é elemento essencial ao exercício do controle social. E a capacitação enquanto

dispositivo de facilitação e enriquecimento da participação social precisa valorizar o diálogo incorporando a reflexão como prioridade.

Quando se lança mão de metodologias participativas nos processos educativos para conselheiros, não se está apenas tentando cumprir as recomendações da proposta do Estado de educação permanente. Valorizar a participação do sujeito na capacitação significa um avanço na disseminação dos princípios da promoção da saúde, pois se promove a articulação de diferentes saberes, reconhecendo a diversidade de atores e relações de poder⁷⁴.

4.5.2 A relevância ou necessidade de se realizar o curso de capacitação

Quanto às opiniões dos entrevistados a respeito da necessidade de existência dos cursos de capacitação, referidas na categoria R (Apêndice D), incluindo os realizados nesta AP, apenas um dos conselheiros, do segmento dos gestores, associou esta necessidade as recomendações do Conselho Nacional de Saúde. A maioria dos sujeitos atribuiu a necessidade à demanda dos próprios conselheiros. Porém nas falas de uma parte deles como, por exemplo, o *Augusto* e o *Diego*, foi possível perceber que eles não se sentem incluídos nesta demanda, tratando-a com distanciamento.

“Para atualização, para capacitar mesmo, porque às vezes o conselheiro é nomeado, mas não tem a mínima idéia do que é um conselho, quais são suas funções e deveres.” (Augusto – profissionais de saúde)

“Creio que seja uma reciclagem para as pessoas, que entram como conselheiro e não sabem a finalidade de um conselheiro. Com o curso as coisas ficam mais claras.” (Diego – usuários)

Outra parte dos conselheiros, constituída principalmente por usuários, que associaram a necessidade dos cursos a demandas dos próprios, em seus discursos se reconhecem também como demandantes de conhecimento, admitindo assim suas dificuldades. Esta tendência pode ser percebida nas falas de *Alúísio* e *Clarice*.

“Porque tem pessoas que vão ser conselheiros e não sabem qual a posição do conselheiro, o que é ser um conselheiro. O conselheiro é uma pessoa fiscalizadora da saúde e se ele não tiver um curso para passar isso para ele, vai ficar dizendo que é conselheiro, mas não sabe o que vai fazer e qual sua importância. As pessoas precisam entender a função dos conselheiros. Eu,

por exemplo, até realizar o curso sabia o que é ser conselheiro, mas não tinha idéia da importância que isso tem dentro da saúde. Eu já estava a quase vinte anos na associação de moradores e só tem uns dois anos que comecei a entender a importância do conselheiro de saúde e como funciona.” (Alúcio – usuários)

“Porque o conselheiro não conhecia o que era o controle social, então, quando a gente ia para as conferências não sabia deliberar as questões. [...] A gente também não sabia qual era a demanda da AP” (Clarice – profissionais de saúde)

Na fala de *Clarice* destaca-se também um elemento importante quando ela diz que somente depois da capacitação eles passaram a conhecer melhor as demandas da AP. Isso reflete uma das exigências da Política de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual determina que cada conselho deva elaborar seus próprios processos educativos, visto que desse modo respeita-se as especificidades locais e diversidades regionais³².

Ao reconhecerem a demanda por capacitação, os sujeitos indicam a percepção de despreparo ou da falta de conhecimento dos conselheiros, principalmente para os usuários, o que é facilmente compreensível dada a complexidade técnica do SUS. No entanto, supostamente, essa não é a única razão dos processos educativos existirem, posto que eles não sejam voltados apenas para o segmento dos usuários. O outro sentido da existência deles refere-se a inibir a utilização do conselho, por profissionais e gestores, como instrumento de poder e inviabilidade da intervenção dos representantes dos usuários⁷². Além disso, a tentativa de orientar os sujeitos a não utilizarem seus cargos de conselheiros como instrumento de poder, também se volta aos usuários, que muitas vezes usam as sua credenciais para obterem alguma vantagem principalmente em serviços de saúde, pratica que costuma ser chamado por eles de “carteirada”. Nos discursos do *Machado* e da *Maria Clara*, há referências a essa prática.

“O conselho ele é feito para discutir as questões e não para fazer favor usando a carteirinha, o usuário tem muito disso, então, esses cursos mostram a importância do conselheiro, qual o seu papel e seus deveres.” (Machado – profissionais de saúde)

“[...] há casos de conselheiros que querem atendimento especial no serviço de saúde por ser conselheiro. Não pode dar a carteirada. Nós temos direitos, mas também temos deveres.” (Maria Clara – usuários)

A importância da existência da educação permanente para o controle social é reconhecida por todos os entrevistados. O comprometimento deles com a proposta é

revelado quando são indagados sobre a necessidade de se dar continuidade aos processos educativos (Apêndice D - Categoria S). Todos disseram concordar com a realização de outros processos educativos no conselho distrital. Porém, dois dos entrevistados, dentre eles o *Gabriel*, afirmaram acreditar que haja necessidade de mais cursos apenas para os conselheiros novos, ou seja, os cursos aconteceriam somente nas trocas de mandatos.

“A necessidade é mais para quem está entrando.” (Gabriel – profissionais de saúde)

Os demais sujeitos da pesquisa demonstraram acreditar no potencial contínuo e inesgotável da educação, quando afirmam entender que a processo educativo deve ter continuidade para todos os atores do controle social, independente de suas trajetórias.

“Eu acho que deve ser assim; o curso deve oferecer a capacitação aberto a quem não fez, mas também aberto a quem já fez, que fariam módulos diferentes dos já apresentados como se fossem continuações. Acho isso importante, porque tenho certeza que quem fez vai voltar pra fazer outros.” (Lygia – gestores)

“Acho que deveria ter todos os anos. Pelo uma vez por ano, porque as nossas conferências municipais eram de 2 em 2 anos e agora passaram a ser de 4 em 4 anos e isso é muito tempo. Entre esses 4 anos deveriam ter seminários, atualizações, levantamentos do que foi implementado, tudo para que quando formos para a conferência sabermos o que foi feito, o que não foi... para não deixar morrer. É esse controle, essa cobrança que faz a diferença no final.” (Machado – profissionais de saúde)

Ao identificarem o processo educativo como fundamentalmente contínuo, os conselheiros estão confirmando a tendência que levou o Conselho Nacional de Saúde a seguir na direção do processo de educação permanente, um programa integrado com outras ações e não apenas voltado para capacitações ou formações isoladas. Contextualizar o saber à realidade local e integrar os conselheiros aos assuntos do Sistema Universal de Saúde, incentivando o sujeito a se posicionar em debate, proporciona maiores condições de autonomia, que implicam diretamente na melhoria da qualidade da participação.

Além da intenção transformadora no próprio sujeito, a educação tem um potencial multiplicador que fortalece a participação social por meio do incentivo à cultura participativa. O curso de capacitação constitui-se, assim, em um momento de informação que ao mesmo tempo fortalece os movimentos sociais¹, uma vez que algumas das suas representações estão presentes no colegiado. Quando *Aluísio* e

Isabel demonstram interesse em reproduzir na realidade a qual pertencem a experiência de educação que vivenciaram, eles estão reconhecendo o potencial de contribuição do caráter multiplicador no estímulo à cultura de participação.

“Esses cursos deveriam haver dentro das comunidades, assim como conselhos comunitários de saúde. De dentro das comunidades já saíram preparados os conselheiros para o Conselho distrital. Porque no conselho nós debatemos muito sobre saúde, mas dentro das comunidades não existe debate. Com esses conselhos comunitários e os cursos dentro das comunidades haveria debate e sairiam novos conselheiros para o distrital. Hoje as pessoas não querem participar do conselho porque não ganham nada com isso, mas se eles soubessem a importância que tem o conselho.”
(Aluísio – usuários)

“Sim e deveriam existir muitos mais. Seria bom que pudéssemos montá-los em associações de moradores, com a supervisão dos conselhos, seria o ideal.” (Isabel – gestores)

Um aspecto fundamental para se perceber a demanda desses atores por qualificação e o quanto estão comprometidos com a proposta de educação e, principalmente, o quanto acreditam nela é a resposta que eles deram quando questionados a respeito de se já participaram de outros cursos de capacitação (categoria O). A grande maioria relatou ter participado de outros cursos tanto em outros Conselhos de Saúde, como em instituições de ensino, saúde e em órgãos públicos. A referência deles aos cursos em outros lugares indica a articulação entre instituições que está prevista na Política de Educação Permanente³².

A responsabilidade atribuída legalmente aos conselheiros de saúde de deliberar sobre a política de saúde requer acesso a saberes muitas vezes que não são de domínio dos sujeitos¹. As iniciativas de capacitação de conselheiros têm permitido que os sujeitos adquiram alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde⁷⁵. Entretanto, a capacitação por si só não encerra o compromisso de educação assumido pelo controle social, pois conforme a Diretriz de Educação Permanente ressalta a capacitação de Conselheiros de Saúde está incluída em uma ampla proposta de educação permanente³⁵.

4.5.3 O aspecto transformador do curso de capacitação

Conforme a pesquisa documental e o relato dos conselheiros indicaram, o I Curso de Capacitação para Conselheiros da AP abordou os seguintes temas: Histórico do conselho distrital desta AP; Legislação pertinente ao controle social; O papel dos conselheiros; Orçamento e financiamento público; Perfil da AP; Políticas de saúde; Proteção social (Apêndice E – Quadro C). Cada um destes temas foi apresentado por um ou mais palestrantes que versou sobre tópicos pertinentes ao assunto e concedeu, por fim, um tempo destinado ao debate com os conselheiros.

A seleção dos temas é parte fundamental no processo de educação para conselheiros, pois se devem abordar os conteúdos indispensáveis à atuação dos mesmos¹. Uma vez que os conselheiros possuem atribuições complexas, posto que discutam e deliberam sobre os mais diversos assuntos na saúde, que muitas vezes requerem uma ampla gama de conhecimentos, a seleção dos conteúdos é, portanto, tarefa complicada. O Conselho Nacional de Saúde, na tentativa de resolver essa questão, recomenda que as atividades educativas respeitem a realidade local, garantindo carga horária que possibilite a ampla discussão dos temas e se considere as especificidades locais, democratizem as informações e orientem-se pelos eixos julgados essenciais^{32,35}.

A Política Nacional de Educação Permanente no Controle Social do SUS prevê que os planos de ação dos conselhos, com finalidades de atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos sujeitos sociais, sigam cinco eixos estruturantes como expressão dos aspectos prioritários. Os eixos são: Participação Social; Financiamento da Participação e do Controle Social; Intersetorialidade; Informação e Comunicação em Saúde; e Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS^{32,35}.

Os temas abordados no curso de capacitação ora se tangenciam, ora se afastam das recomendações do Conselho Nacional. No que diz respeito a se levar conta as especificidades locais, o conteúdo do curso continha informações suficientes sobre o histórico do Conselho Distrital e o perfil da AP.

Alguns temas do curso aproximaram-se do eixo Participação Social, sendo considerado, então, que ele foi contemplado de maneira satisfatória pelo conteúdo. O tema Políticas de saúde abordou a origem da incorporação da participação social

ao SUS, situando a discussão política e cronologicamente. O papel dos conselheiros e Legislação pertinente ao controle social foram temas que tinham a intenção de dar subsídios aos conselheiros para que, a partir de então, soubessem quais são os seus direitos e deveres como agentes do controle social.

O tema Legislação pertinente ao controle social também estabeleceu relação com o eixo Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, visto que tratou das legislações do SUS que tinham alguma afinidade com os interesses do controle social. Da mesma forma, este eixo sobre legislação foi abordado no tema Orçamento e financiamento público, quando se falou de atribuições das esferas e necessariamente precisou-se, portanto, se referir à legislação do SUS. Entretanto, no tema Orçamento e financiamento público o eixo mais tocado foi o Financiamento da Participação e do Controle Social.

Ao se abordar o tema Proteção social tentou-se que os conselheiros compreendessem o lugar da saúde nos direitos sociais, ou seja, no cenário político e constitucional brasileiro, e assim contribuíssem para a criação de uma consciência sanitária. Por conseguinte, pode-se pensar que neste tema os eixos Intersetorialidade e Informação e Comunicação em Saúde foram tangenciado, quando entendemos que os conselheiros são potenciais agentes multiplicadores.

O eixo *Intersetorialidade*, porém somente é de fato tido como contemplado ao se considerar as informações, obtidas pela observação participante e pelas entrevistas, sobre a participação dos sujeitos em cursos oferecidos por outras instituições. Os entrevistados citaram que fizeram outros cursos (Apêndice D - Categoria T) oferecidos por instituições não diretamente ligadas aos conselhos, como a Câmara dos Vereadores, o Tribunal de Contas da União e instituições de ensino e pesquisa. Os oferecimentos de vagas para tais cursos acontecem via conselho distrital, isto é, o conselho comunica que as vagas estão abertas e os interessados podem se inscrever com o secretário do conselho.

Aparentemente, no plano de ação do conselho distrital objeto do estudo o eixo da Política Nacional de Educação Permanente menos levado em consideração foi o *Informação e Comunicação em Saúde*, pois não havia um tópico específico para falar sobre formas do conselho e dos seus membros divulgarem as ações e debates do colegiado. Todavia, se este eixo incentiva a divulgação ampla tanto das atribuições do conselho, como dos direitos dos cidadãos, incentivando assim a

cultura de participação e se os conselheiros são agentes sociais representativos, a iniciativa de capacitação por si só já é uma forma de comunicação e informação.

A concepção dos materiais de apoio do curso, no caso a apostila e os slides, deve considerar a fidedignidade do conteúdo a ser abordado na atividade e o uso de linguagem apropriada. Embora, a apostila seja um tanto quanto confusa no que diz respeito a padronização da organização do conteúdo, a linguagem é bastante adequada. Porém, este é o ponto de vista do resultado da pesquisa documental do estudo, que não é reafirmado pela fala de uma das participantes, a *Clarice*, que demonstra satisfação com o material.

“Adorei a apostila e até hoje uso.” (Clarice – profissionais de saúde)

A capacitação tem como objetivo maior a promoção do empoderamento dos conselheiros de saúde para que, dessa maneira, haja melhoras na qualidade do debate e das deliberações, assim como do comportamento deles. A educação aumenta a possibilidade de autonomia, posto que o sujeito empoderado seja consciente de seus limites e possibilidades, podendo ter maior aproveitamento na sua atuação e não permitindo se deixar levar pelas mais diversas formas de coerção. Do mesmo jeito, pode-se dizer que a representatividade é favorecida quando a educação alcança seus objetivos, pois o conselheiro que compreende seu papel e acompanha criticamente as discussões de saúde, tem maior capacidade de entender quais são as prioridades da sua representação e levar as discussões às bases. A melhoria na qualidade da participação resultante dos processos educativos voltados aos conselheiros significa, portanto, um fortalecimento do controle social.

Apenas um dos entrevistados não reconhece melhoras na qualidade da participação após a realização do curso de capacitação (Apêndice D - Categoria U).

“Não vejo diferença. No debate eu acho que está igual.” (Virgínia – usuários)

Todos os outros sujeitos da pesquisa acreditam que houve melhora na qualidade da participação, porém há diferenças nessas concepções. Enquanto alguns se referiram às melhoras de maneira geral, outros as atribuíram a determinados atores. *Alúcio* e *Machado* em seus discursos demonstraram acreditar na melhora geral e como argumentos resgataram as noções de representatividade e de autonomia.

“A pessoa cresce muito dentro na representatividade que ele tem no conselho.” (Aluísio – usuários)

“Sim e muito, pelo menos aqui na AP. Aqui nós não fazemos robô não.” (Machado – profissionais de saúde)

Já *Ubaldo* e *Gabriel* em suas falas demonstraram a outra forma de ver as mudanças na participação, associando-as a atores específicos.

“Tem um conselheiro que era reconhecidamente difícil, uma pessoa que reclama muito, no entanto ele tentando se aprimorar fez o nosso curso e buscou outros cursos em outros lugares. Hoje, ele melhorou das pessoas ficarem de queixo caído. Nitidamente ele melhorou, inclusive por buscar também soluções e saiu daquele negócio de ficar só reclamando. Outros melhoraram também, mas esse caso foi muito gritante.” (Ubaldo – gestores)

“Acho que não tem muita diferença não. Às vezes tem diferença devido a um ator ou outro. Mas, o curso de capacitação e a própria participação, pessoalmente, trás mudanças, abre o seu leque, você vê outras necessidades.” (Gabriel – profissionais de saúde)

Assim sendo, *Ubaldo* e *Gabriel* não reconhecem uma melhora geral, dando a entender que o empoderamento tem também um importante fator individual, ou seja, ele nem sempre será trabalhado da mesma maneira. Pessoas diferentes são sensibilizadas em graus diferentes por um mesmo recurso, reafirmando que o processo educativo precisa ter o sujeito como foco e não o objeto. Por isso, as dinâmicas e outras técnicas de educação participativas são tão valorizadas pelos documentos de orientação da educação permanente, pois, elas permitem maiores trocas de experiências, que facilitam a compreensão das situações e a construção de um saber mais coletivo.

Quanto aos tópicos da capacitação lembrados pelos entrevistados ao longo da entrevista (Apêndice D - Categoria X), considerou-se que eles representam os assuntos que mais os tocaram, seja pela falta de conhecimento anterior ou por outra razão qualquer. Os temas da capacitação mais lembrados por eles foram os seguintes: *Legislação pertinente ao controle social, O papel dos conselheiros e Orçamento e financiamento público.*

Os temas das capacitações devem variar de conselho para conselho, pois as demandas variam de acordo com as características dos colegiados. Cada conselho tem a sua história e, por isso, cada um tem seu nível de organização e de atuação próprios¹. A valorização dos temas varia, portanto, da mesma forma e esta valorização pode ser associada à demanda. Provavelmente, as maiores demandas

por saberes desse conselho estudado devem ser as referentes ao financiamento e orçamento, aos direitos e deveres do conselheiro e aos aspectos legais.

Sabendo-se que a política de saúde é definida por meio da aplicação de recursos, o controle social só se efetiva de fato quando há controle sobre os 'aspectos econômicos e financeiros'. Por conseguinte, o acesso à informação, a fiscalização, o acompanhamento e a participação na definição dos gastos com saúde por parte do conselho são indispensáveis para a efetivação do controle social¹. Vendo por esse lado, se entende as razões dos conselheiros para acharem que o financiamento e orçamento públicos constituem um assunto relevante.

Além disso, é perceptível também a preocupação deles com a qualidade das suas atuações, quando valorizam o que se saiba qual é o papel do conselheiro e as legislações pertinentes.

Os objetivos estabelecidos para os processos de capacitação guiam a construção de uma formação crítica (política e ideológica), que amplia, assim, a consciência política e a participação social, incentivando-os a tornarem-se agentes transformadores da sociedade. Evoca-se, então, a transformação da sociedade como valor a ser alcançado com a participação, meta para a qual a capacitação pode fornecer instrumentos de atuação e intervenção aos agentes sociais⁷².

O que se pode perceber nos discursos analisados é que, de forma geral, os processos educativos, como a capacitação, são vistos de maneira positiva e que, sendo assim, vale a pena se insistir nesse caminho para o fortalecimento da participação social. Para finalizar, a fala de *Mario* resume bem a credibilidade que eles dão à educação.

"Quanto mais o povo é informado, mais fácil fica a vida." (Mario – gestores)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha desse conselho distrital para objeto da pesquisa foi de grande valia, uma vez que ele é um colegiado diferencialmente ativo. Neste cenário há personagens que vivenciaram momentos históricos importantes da política de saúde e possuem uma carga de saber acumulada fruto da participação social.

Apenas observar o colegiado não teria sido o suficiente para se compreender quais são as questões básicas e mais caras a eles, por isso o agradecimento à contribuição dos conselheiros fica aqui registrado. Os sujeitos da pesquisa facilitaram a entrada em campo, colaborando de todas as formas que podiam. Talvez pela localização da AP, próxima a instituições de pesquisa e ensino, ou até mesmo pelo entendimento deles de que os estudos são fundamentais ao fortalecimento do controle social, os atores, de modo geral, parecem apoiar o desenvolvimento de estudos voltados ao conselho de saúde. No entanto, eles demonstraram que é preciso que sintam o compromisso do pesquisador com a causa do controle social, no sentido de acreditar na participação como potencial recurso de transformação da democracia no rumo para a igualdade de acesso.

O material coletado por meio das três técnicas – entrevista, observação participante e pesquisa documental - foi tratado, tendo-se em vista a triangulação na análise. Na discussão pretendeu-se mesclar informações obtidas pelas três estratégias, embora em algumas partes conforme a natureza do assunto uma ou outra se sobressaia. Como a pesquisa qualitativa procura compreender e problematizar um objeto subjetivo, e as falas dos sujeitos não seguem sempre a mesma lógica, portanto tentou-se construir as categorias de forma a considerar tais variabilidades.

Inicialmente na discussão foi feita uma caracterização de modo bastante descritivo sobre os sujeitos e o cenário a fim de se contextualizar o leitor no objeto do estudo. Depois, a discussão seguiu em três grandes assuntos.

No primeiro assunto julgou-se importante analisar a legitimidade deste espaço na sua função de controle social. Com base no referencial teórico entendeu-se que a legitimidade tem dois eixos fundamentais, a representatividade e a autonomia. Então, os diversos elementos que fazem parte do universo dos conselhos de saúde foram relacionados a estes dois eixos. Para isso as evidências mais objetivas, como

a pesquisa documental, foram costuradas às perspectivas dos sujeitos, captadas nos discursos.

As formas como os sujeitos da pesquisa vêem a saúde, a participação social e os seus cargos de conselheiros são o resultado individual do que eles ouvem e do que vivenciam. Essas representações, embora sejam em parte formadas individualmente são também, produto coletivo, uma vez que eles estão inseridos em um meio. É importante fazer esse tipo de análise, visto que as representações do grupo sobre os temas determinam a maneira como atuam, pois as decisões exigem posições de pensamentos.

O curso de capacitação foi o foco principal da pesquisa, porém estudá-lo separadamente do conselho não faria sentido, uma vez que cada colegiado deve montar o próprio curso de acordo com as suas demandas. Por isso foi feita uma discussão prévia sobre as características do conselho distrital. Sobre o curso foram levantadas questões referentes tanto a sua estrutura como aos seus potenciais enquanto recurso transformador. O processo educativo estudado, embora não tenha sido essencialmente formado em uma perspectiva participativa, devido ao debate viabilizou o diálogo entre os saberes em algum nível.

Fomentar o controle social não significa fechar os olhos para os seus limites e problemas, com medo de se enfraquecer uma proposta comprometida com a democracia participativa igualitária. Pelo contrário, o olhar sobre o controle social de maneira crítica é um exercício para o seu fortalecimento, pois permite que se construam bases mais sólidas. Assim, o estudo espera servir como contribuição às pesquisas em participação social na saúde que têm por objetivo maior a busca pela consolidação dos princípios do SUS e por uma distribuição democrática do poder.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correia M V C. Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005.
2. Carvalho AI de. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.
3. Bravo M I S, Oliveira R de O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 1, nº1, outubro de 2004 - ISSN - 1807-698X. Disponível em <http://www.assistentesocial.com.br>
4. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e sociedade*. 2004; 13(1): 5-13.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1):163-177.
6. Barros CMS. Mediação intersetorial para a promoção da saúde – um exemplo da educação em saúde no SESC. [Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009. [no prelo]
7. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 45 ed. Rio de Janeiro: Paz eTerra; 2005. 213 p.
8. Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima N, Gerschman S, Edler F, Suarez J (org.). *Saúde e Democracia: história e Perspectivas do SUS*. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. v.1, p. 353-383.
9. Gerschman S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. 270 p.
10. Souza WS. Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. In: Matta GC (org.), Pontes A L M (org.). *Políticas de Saúde: A Organização e a Operacionalização do Sistema Único de Saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. p. 115-137.
11. Escorel S. História da Política de Saúde no Brasil - 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella I, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha

- JC, Carvalho AI. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.
12. Escorel S, Moreira MR. Participação Social. In: Giovanella I, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 979-1010.
 13. Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. Caderno de saúde pública. 1992 oct/dec;8(4):366-378.
 14. Correia MVC. Controle Social na Saúde. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teixeira M. (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 1 ed. São Paulo: Cortez; 2006. v.1, p. 111-138.
 15. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 16. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 435-472.
 17. Ministério da Saúde. SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 18. Bobbio N. O Futuro da Democracia. 11 ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2000.
 19. Fleury S. Socialismo e Democracia, In: Fleury S, Lobato LVC (organizadoras). Participação, Democracia e Saúde. 1ed. Rio de Janeiro (RJ): Cebes; 2009. p.24-46.
 20. Silva MK. Entre a norma e o factual: questões para uma análise sociológica dos processos de participação social na gestão pública. Política e Sociedade 2004; 1:185-200.
 21. Vianna M L T W, Cavalcanti M de L, Cabral M de P. Participação em saúde: do que estamos falando? Sociologias. jan/jun 2009; 21: 218-251.
 22. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. v.7, 52 p.

23. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção da saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr-Jun; 15 (2): 352-8.
24. BRASIL. Lei n 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 31 dez. 1990.
25. Brasil. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Imprensa Nacional; 4 dez. 2003. n. 236, seção 1, p.57, col. 1.
26. Parada R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva* 2001; 11 (1): 19-104.
27. Bravo M I S, Menezes J S B. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: Bravo M I S [et al.] (organizadores). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Rede Sirius/Adufrj-SSind; 2008. p.22-24.
28. Brasil. Lei nº 2011, de 31 de agosto de 1993. Institui os conselhos distritais de saúde no município e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1993.
29. Brasil. Lei n.º 2289, de 09 de janeiro de 1995. Altera e Acrescenta dispositivo à Lei nº 2011 de 31 de agosto de 1993 que institui os Conselhos Distritais de Saúde no Município, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1995.
30. Brasil. Lei n.º 5.104, de 03 de novembro de 2009. Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009.
31. Escorel S. Conselho de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulgação em Saúde para Debate.* Jun 2008;43:23-28.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de educação permanente para controle social no sistema único de saúde - SUS. Brasília : Ministério da Saúde; 2007.
33. Brasil. Ministério da Saúde. X Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiro de Saúde. 1 ed. 10ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS. Brasília : Ministério da Saúde; 2006.
36. Brasil. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
37. Brasil. Ministério da Saúde. XII Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública. aug. 2004; 20(4):1088-1095.
39. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(2):2029-2040.
40. Baquero CMJ. As múltiplas faces da desigualdade: capital social e empoderamento na América Latina. In: II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2007, Florianópolis. Anais do II Seminário Nacional - Movimentos Sociais, Participação e Democracia 2007. p. 304-322.
41. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS (organizadora). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p.9-19.
42. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
43. Trivinõs ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1 ed. 17. reimpr. São Paulo: Atlas; 2008.
44. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. São Paulo: Bookman; 2005.
45. Gil AC. Estudo de caso. São Paulo: Atlas; 2009.
46. Deslandes SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MCS (organizadora). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p.31-60.

47. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
48. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*. mar 2002; 115: 139-154.
49. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2007. p.79-108.
50. Brasil. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.
51. <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>
52. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*. 2008; 18(1): 105-121.
53. Stralen C J et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(3): 621-632.
54. Silva IFD, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17:161-170.
55. Labra ME. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Divulgação Saúde em Debate*. jun 2008; 43:106-117.
56. Labra ME, St.Audyn FJ. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(3): 537-47.
57. Skupien JA, Unfer B, Braun K. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2557
58. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007; 17(1): 29-41.
59. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2000; 34(1):9-15.

60. Marcondes WB. Participação Popular na Saúde pelos Caminhos da Prática Educativa [Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2007
61. Abed LC. La enfermedad en la historia: una aproximación política, cultural e socioeconómica. Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, 1993.
62. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 580-588.
63. Queiroz M S. Estratégias de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. Cad. Saúde Públ. 1993; 9 (3): 272-282.
64. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Physis. Revista de Saúde Coletiva. 1991; 1:23-36.
65. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad. Saúde Pública. 1988; 4(4): 363-381.
66. Faria JB de, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. Psicol. Reflex. Crit.. 2005; 18(3): 381-389.
67. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(2): 7-18.
68. Canário R. Formação e mudança no campo da saúde. In: Canário R. (organizador). Formação e situações de trabalho. Porto: Porto editora; 1997. p. 117-146.
69. Freire P. Política e educação. 8 ed. Indaiatuba (SP): Editora Vila das Letras; 2007.
70. Freire P. Conscientização. 3 ed. São Paulo: Editora Moraes; 1980.
71. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRMC. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6): 1335-42.
72. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MCPA. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14(1): 15-39.

73. Oliveira V de C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. Saude soc.. 2004; 13(2): 56-69.
74. O'Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. Interface (Botucatu). 2007; 11(23): 467-484.
75. Labra E, Figueiredo J. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:537-47.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista**ROTEIRO DE ENTREVISTA****Identificação do sujeito:****Sexo:****Idade:****Profissão:****Escolaridade:****Categoria:**

Bloco 01)

1. Gostaria de começar esta entrevista conhecendo um pouco melhor da sua experiência como conselheiro de saúde. Você já sabia da existência dos Conselhos de Saúde antes de começar a freqüentá-lo?
2. Participava das reuniões antes de ser conselheiro?
3. Qual organização/ instituição/ associação você representa? Ocupa algum cargo nesta instituição/ associação?
4. Você passou por algum processo de escolha por parte daqueles que representa para chegar a conselheiro (eleição)?
5. Há quanto tempo você é conselheiro?
6. Por que você começou a participar do Conselho de Saúde?
7. O que o motivou a ser um conselheiro de saúde?
8. No seu entender, o que é ser conselheiro de saúde? O que isso significa pra você?
9. Com que freqüência você comparece às reuniões mensais?
10. Caso trabalhe, você tem algum tipo de facilidade para se ausentar do seu trabalho nos horários das reuniões do Conselho?

Bloco 2) SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

11. Em sua opinião, o que é saúde?
12. Também na sua forma de pensar, o que você acha que significa participação social?
13. Você entende o Conselho de Saúde como um espaço de participação social? Por quê?

14. Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades ou os maiores limites dos Conselhos de Saúde?
15. Você frequenta outros órgãos de representação social, além do Conselho de Saúde?

Bloco 3) PROCESSO EDUCATIVO

16. Agora nós vamos falar sobre o(a) curso/processo educativo/capacitação, do(a) qual você participou e que foi realizado(a) neste Conselho.
 - a) Quando foi este curso?
 - b) Quanto tempo durou?
 - c) Você se lembra do nome dele?
 - d) Você pode participar dele todo?
 - e) Vocês receberam algum certificado de participação?
 - f) Consegue lembrar quais foram os temas abordados durante o curso?
17. Participar do curso foi uma opção sua ou havia uma obrigatoriedade?
18. Você participou de outros cursos//processos educativos/capacitação voltados aos conselheiros de saúde além dos promovidos por este Conselho? Quais? Quando?
19. Sabe por que existem estes cursos/processos educativos/capacitação voltados aos conselheiros de saúde?
20. No seu entender, você acha que o curso/processo educativo/capacitação era necessário? Por quê?
21. Como você vê a qualidade dos debates nas reuniões do Conselho após a realização dos cursos/processos educativos/capacitação?
22. No seu entender, o que acha da forma como foi realizado o curso (aulas, material didático)?
23. Pretende levar o seu mandato até o fim? E pretende continuar frequentando, sendo conselheiro ou não, após este mandato?
24. Você vê necessidade de fazer mais cursos voltados para conselheiros? Caso sim, você acha que deveriam ser neste mesmo formato de educação do curso realizado aqui?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS**, que tem como objetivo central analisar a percepção dos conselheiros de um Conselho Distrital de Saúde do Município do Rio de Janeiro sobre a representação no Conselho em relação aos processos desenvolvidos de educação permanente para o controle social no SUS.

Esse convite é para que você participe como entrevistado, concebendo-nos um depoimento relativo à sua participação no processo educativo realizado para os conselheiros, a ser gravado a fim de facilitar sua posterior análise, segundo os objetivos da pesquisa. A entrevista terá duração aproximada de 40 minutos. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fundação Oswaldo Cruz ou com o Conselho de Saúde.

Não existem riscos relacionados com sua participação, pois, como pesquisadora responsável, asseguro o sigilo tanto em relação à sua identidade quanto em relação a toda informação e/ou opinião expressa durante os encontros realizados. A confidencialidade das informações obtidas através dessa pesquisa e o sigilo sobre sua participação estão assegurados em qualquer ocasião ou forma de divulgação dos dados, empregando-se nomes fictícios quando necessário descrever falas e/ou opiniões das pessoas participantes ou descrever características do local onde a pesquisa se realiza. Após a transcrição dos depoimentos gravados, as gravações serão destruídas.

Firmo o compromisso de uso dos dados e informações unicamente para a pesquisa e divulgação de trabalhos técnico-científicos e coloco à disposição os resultados do estudo no endereço institucional indicado neste documento.

O benefício relacionado com a sua participação é de auxiliar profissionais de saúde pública na construção de um conhecimento que possibilite aprofundar a discussão a respeito da participação social e do controle social.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Conselho de Ética em pesquisa (CEP/ ENSP) podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Mariana Corrêa de Matos
End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 707
Manguinhos – Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel.: 2598 2700

Conselho de Ética em Pesquisa
End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 andar térreo
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863

Se você concorda em participar, preencha os espaços abaixo:

Eu, _____, declaro que li o texto acima e que fui orientado(a) de forma a entender os objetivos, condições, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa, estando ciente da liberdade de recusar ou interromper minha colaboração durante a investigação, sem que isso represente ônus de qualquer espécie, e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

APÊNDICE C – Quadros A e B - Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Quadro B					
Segmento	Apelido	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão
Gestores	Isabel	47	Feminino	Superior	Dentista
	Mario	47	Masculino	Superior	Comerciante e gestor social
	Lygia	53	Feminino	Superior	Médica
	Ubaldo	46	Masculino	Pós-graduação	Professor e funcionário administrativo
Profissionais de saúde	Gabriel	49	Masculino	Ensino médio	Guarda de endemias
	Clarice	56	Feminino	Ensino médio	Técnica de enfermagem
	Machado	57	Masculino	Ensino médio	Auxiliar de enfermagem
	Augusto	48	Masculino	Pós-graduação	Técnico de enfermagem
Usuários	Aluísio	54	Masculino	Ensino fundamental	Auxiliar administrativo (aposentado)
	Diego	43	Masculino	Ensino médio	Operador de telemarketing (aposentado)
	Maria Clara	47	Feminino	Ensino médio	Dona de casa e voluntária de saúde
	Nélida	53	Feminino	Ensino médio	Voluntária de saúde
	Cecília	67	Feminino	Ensino médio	Técnica de enfermagem (aposentada)

	Florbela	71	Feminino	Ensino médio	Técnica de enfermagem (aposentada)
	Virgínia	82	Feminino	Ensino médio	Dona de casa

Quadro C				
Segmento	Apelido	Processo de escolha dentro da representação	Tipo de representação*	Ocupa cargo no local que representa
Gestores	Isabel	Indicação	Unidade municipal	Sim
	Mario	Indicação	Unidade não governamental	Sim
	Lygia	Indicação	Unidade municipal	Sim
	Ubaldo	Indicação	Unidade federal	Sim
Profissionais de saúde	Gabriel	Indicação	Unidade municipal	-
	Clarice	Eleição	Unidade estadual	-
	Machado	Eleição	Unidade municipal	-
	Augusto	Eleição	Unidade municipal	-
Usuários	Alúcio	Eleição	Associação de moradores	Sim
	Diego	Indicação	Outras associações	-
	Maria Clara	Eleição	Outras associações	Sim

	Nélida	Eleição	Associação de moradores	Sim
	Cecília	Eleição	Associação de moradores	Sim
	Florbela	Indicação	Associação de moradores	Sim
	Virgínia	Eleição	Outras associações	-

APÊNDICE D – Categorias de análise

Categoria A			
Há quanto tempo é conselheiro(a)	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Entre 2 e 4 anos	2	2	1
Entre 5 e 8 anos	2	1	3
Mais de 10 anos	-	1	3

Categoria B				
Conhecimento anterior sobre o conselho e a participação pré-mandato		Frequência por segmento		
		G	PS	U
Participa do conselho desde a sua criação	e sempre como conselheiro(a)	-	1	1
	mas chegou a ser ouvinte	-	-	3
Sabia da existência do conselho	e chegou a participar das reuniões como ouvinte	-	-	1
	mas só começou a participar das reuniões depois que foi escolhido para conselheiro(a)	3	2	1
Não sabiam da existência do conselho	mas depois que soube, passou a participar das reuniões como ouvinte	1	-	1
	e só soube no dia que foi escolhido para conselheiro(a)	-	1	-

Categoria C			
Frequência outros órgãos de representação social	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Sim	2	2	6
Não	2	2	1

Categoria D			
Expectativas do(a) conselheiro(a) com relação ao seu futuro no conselho	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Tem intenção de completar o mandato atual	2	2	6
	2	2	1
Pretende continuar a participar do conselho mesmo não tendo mais mandato	3	4	7
Participação vinculada ao mandato	1	-	-

Categoria E			
Frequência nas plenárias mensais	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Vai a todas	4	4	6

Não tem ido muito	-	-	1
-------------------	---	---	---

Categoria F

Dificuldades de se ausentar do trabalho para ir às plenárias mensais	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Não trabalha ou é aposentado	-	-	7
Nunca teve dificuldades	4	4	-

Categoria G

Quais são os maiores limites do conselho		Frequência por segmento		
		G	PS	U
Os maiores limites do conselho são relativos à representatividade	Falta articulação entre os conselheiros e suas bases	1	-	-
	Falta cultura participativa e compromisso dos conselheiros	-	-	2
Os maiores limites do conselho são relativos à autonomia	Falta de condições em infraestrutura	-	1	2
	Conselheiros não empoderados	1	-	1
	Burocratização do caráter deliberativo	2	3	3

Categoria H

Motivação inicial para exercer a atividade de conselheiro(a)	Frequência por segmento		
--	-------------------------	--	--

	G	PS	U
Começou a participar do conselho por razões de natureza institucional	3	3	2
Começou a participar do conselho por razões de natureza pessoal	1	1	5

Categoria I			
Comparativo entre a motivação inicial e a atual	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Motivação para continuar é a mesma que a inicial	1	1	3
Motivação para continuar é diferente da motivação inicial	3	3	4

Categoria J			
Motivação atual para continuar a exercer a atividade de conselheiro(a)	Frequência por segmento		
	G	PS	U
O conselho representa uma possibilidade de contribuir para a saúde através da participação	1	2	4
O conselho representa um canal de articulação entre a associação/ unidade/ instituição e os outros segmentos e/ou o Governo	3	2	3

Categoria K			
O que é ser conselheiro(a) sob a perspectiva dos próprios	Frequência por segmento		
	G	PS	U

Menciona características relacionadas à institucionalização do conselho	3	3	2
Menciona características relacionadas ao compromisso do sujeito com a saúde ou à cultura de participação	1	1	1
Menciona características relacionadas ao caráter representativo do conselho ou ao conselheiro como sujeito referência	1	-	4

Categoria L

As representações dos sujeitos sobre saúde		Frequência por segmento		
		G	PS	U
A saúde como ausência de doenças		-	-	5
A saúde como resultante das condições de vida	Citou o bem-estar ou o conceito universal de saúde da OMS	2	2	-
	Citou determinantes sociais de saúde	3	2	1
	Citou a qualidade de vida	1	-	-
A saúde como um direito	A saúde como um direito social	2	2	-
	A saúde como um órgão governamental	-	-	1
A saúde como o determinante fundamental das condições de vida	A saúde como um bem maior	-	2	2
	A saúde como condição fundamental para trabalhar	-	1	-
A saúde como uma consequência espiritual	A saúde como uma dádiva de Deus	-	-	2

	A saúde como um bem-estar espiritual	1	-	-
--	--------------------------------------	---	---	---

Categoria M

As representações dos sujeitos sobre participação social	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Uma ação individual	2	1	4
Uma ação coletiva	-	1	-
Direitos e deveres do cidadão	2	1	1
Um ato democrático	-	-	1
A noção de mutirão	1	1	-

Categoria N

A que a participação está relacionada	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Não relacionou a participação a algum setor social específico	1	-	6
Relacionou à saúde	3	1	-
Relacionou aos conselhos de saúde	-	3	1

Categoria O

Os conselhos como espaços de participação social	Frequência por segmento		
	G	PS	U
O conselho é um espaço de participação social	4	4	7

Categoria P			
Participou do curso inteiro	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Não faltou	4	4	7
Faltou	-	-	-

Categoria Q			
Opinião quanto ao formato do curso	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Achou adequado, mas faz alguma crítica ou sugestão para os próximos	2	2	5
Achou adequado e irrepreensível	2	2	2

Categoria R			
Como avalia a necessidade de se realizar cursos de capacitação	Frequência por segmento		
	G	PS	U

Associou a necessidade à demanda dos conselheiros por conhecimento	3	3	3
Associou a necessidade à demanda dos conselheiros e de si próprio por conhecimento	-	1	4
Associou à exigência do Conselho Nacional de Saúde	1	-	-

Categoria S			
Como avalia a necessidade de se dar continuidade aos processos educativos para conselheiros	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Acha que há necessidade de processos educativos somente para os conselheiros novos, que estão iniciando suas trajetórias	-	1	1
Acha que os processos educativos devem ser contínuos e para todos os conselheiros	4	3	6

Categoria T			
Participou de outros cursos de capacitação	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Sim	2	4	6
Não	2	-	1

Categoria U			
Sentiu algum nível de melhora na qualidade dos debates no conselho distrital após a realização do curso de capacitação	Frequência por segmento		
	G	PS	U

Sim	4	4	6
Não	-	-	1

Categoria X			
Tópicos do conteúdo do curso os quais os entrevistados se lembravam	Frequência por segmento		
	G	PS	U
Histórico do conselho distrital desta AP	-	1	1
Legislação pertinente ao controle social	2	4	1
O papel dos conselheiros	1	3	7
Orçamento e financiamento público	2	1	2
Perfil da AP	-	1	-
Políticas de saúde	-	1	-
Proteção social	-	2	2

Apêndice E - Quadro C – Conteúdo do material do I curso de capacitação do conselho distrital

Tema	Tópicos abordados
Histórico do conselho distrital desta AP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Origens ▪ Regimento interno ▪ Conquistas históricas
Legislação pertinente ao controle social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição Federal de 1988 ▪ Lei 8.080/90 ▪ Lei 8.142/90 ▪ Lei 1.746/91 ▪ Lei 2011/93 ▪ Lei 2.289/95 ▪ Lei 2.627/98 ▪ Resolução 333/03 do CNS
O papel dos conselheiros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funções ▪ Direitos e deveres
Orçamento e financiamento público	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Princípios orçamentários ▪ Orçamento e o controle social ▪ Legislação orgânica do município do Rio de Janeiro
Perfil da AP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades de saúde ▪ Número de conselheiros ▪ Dados demográficos
Políticas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exibição de um filme
Proteção social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direitos Sociais ▪ Previdência Social ▪ Assistência à saúde ▪ Benefícios assistenciais ▪ Justiça social