

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

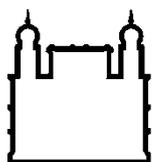
## **Prática participativa em um Conselho Municipal de Saúde: resultado da apropriação de informação e da incorporação de 'capital social'?**

*Vanessa de Lima e Souza*

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

*Rio de Janeiro, julho de 2011.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

**Prática participativa em um Conselho Municipal de Saúde: resultado da apropriação de informação e da incorporação de 'capital social'?**

*apresentada por*

***Vanessa de Lima e Souza***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Maria Marteleto

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 25 de julho de 2011.*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

S729 Souza, Vanessa de Lima e

Prática participativa em um Conselho Municipal de Saúde:  
resultado da apropriação de informação e da incorporação de  
'capital social'?. / Vanessa de Lima e Souza. -- 2011.

125 f. : tab. ; graf.

Orientador: Moraes, Ilara Hämmerli Sozzi de

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Participação Social. 2. Conselhos de Saúde. 3. Informação.  
4. Conhecimento. 5. Tomada de Decisões. I. Título.

*“O sucesso das instituições livres depende mais que tudo do caráter dos cidadãos ou da sua virtude civil”.*

*Nicolau Maquiavel*

## AGRADECIMENTOS

Tudo começa por um desejo... Desejo que existia desde a faculdade há 10 anos, muito antes de compreender o que Saúde Pública realmente representa. Transforma-se em objetivo, condicionado a escolha de se afastar de pessoas queridas, mas que participaram e foram também *agentes*, apoiadores durante esta intensa luta. Eis a conquista! E compartilho...

À mainha, Gláucia Lima, que fez com que 2300 km não merecessem importância, cujo apoio, conforto e motivação foram e são incondicionais. Ao meu pai, Armínio Souza, pelo exemplo que dá de como recomeçar a vida e não se deixar vencer pelas dificuldades.

Aos meus irmãos, Igor Lima, Nathália Parga, Ítalo Bessa; Elissa, Evelyn e Ericka Diniz, pelo companheirismo e compreensão da minha ausência.

À Ilara Hämmerli, que não apenas orientou uma dissertação, mas ensinou a ter um segundo olhar sobre o viver, sobre as relações interpessoais e profissionais, sobre a 'leveza'. Fez mais, viabilizou esta caminhada e me mostrou que existe uma nova estrada, cujo destino final é apaixonante e está além do imaginável.

À Senizia Cordeiro, Renata Barros, Clarice Brandão, Myrna Maracajá, Iva Meireles, Kelly Medeiros, Nahami Cruz, Gabriela Rangel, Nidilaine Dias e Júlio Cesar Borges, pelas conversas e pela escuta, por não me deixarem desistir, pelo carinho e amizade tão apreciados.

À Rosana Magalhães, Carlos Otávio e Monica Malta, professores dedicados, parceiros e incentivadores.

À Willer Baumgarten, Regina Marteleto e Soraya Côrtes pelas contribuições preciosas.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande e aos Conselheiros de Saúde que colaboraram para realização deste estudo.

## RESUMO

Este estudo situa-se na temática da participação social do setor Saúde, tendo como objeto de estudo a prática participativa de Conselheiros Municipais de Saúde. Tem como objetivo geral analisar a prática participativa no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande (CMS-CG)/PB, na perspectiva do Conselheiro de Saúde com sua história de vida, no exercício de representação política. Emprega os conceitos de *agente*, *campo*, *habitus* e *capital* de Pierre Bourdieu; *agir comunicativo* de Jürgen Habermas, e algumas noções de *conflito* de Ralph Darhendorf para refletir sobre a atuação dos Conselheiros de Saúde, sobre as implicações da aquisição da informação e da apropriação do conhecimento para a produção da prática participativa destes, sobre suas relações com a sociedade civil e com as autoridades gestoras de saúde, bem como sobre a condução do processo decisório. Estas reflexões são consolidadas com os resultados do estudo no espaço do CMS-CG, onde se realiza uma pesquisa de campo, utilizando como técnicas de coleta de dados: entrevistas semiestruturadas aplicadas aos Conselheiros de Saúde e a Secretaria Executiva e observação de plenárias do referido Conselho de Saúde. Depreende-se, a partir da confluência do marco teórico com os achados do campo, que a prática participativa está pautada: em regras legais estabelecidas, no desenvolvimento de relações sociais, de aproximações e distanciamentos entre *agentes* avaliados como contributivos para a efetividade da participação social; na eficácia do Conselheiro de Saúde como representante político; na busca e aquisição de informações e apropriação de conhecimento para qualificação de sua prática; na conformação de estratégias para lidar com o conflito, com a disputa de poder em torno de interesses particulares. Evidencia-se que a disposição do Conselheiro de Saúde em acumular *capitais sociais, simbólicos, culturais, educacionais e políticos* promove a incorporação de um *habitus* que pode impactar na escolha ou permanência do Conselheiro de Saúde e promover a conexão de *agentes* coletivos a fim de mobilizar a melhoria da eficiência do Conselho de Saúde como promotor de mudanças na situação de saúde do município. A análise deste estudo se baseia na perspectiva do Conselheiro de Saúde e é o próprio que se percebe como agente do processo de produção da prática participativa, *agente* de mudanças.

**Palavras-chave:** Participação social, Conselho Municipal de Saúde, Informação, Conhecimento, Tomada de decisões.

## ABSTRACT

This study is placed in the theme of social participation of the health sector, with the aim to study the participatory practice of Health Municipal Board. The principal aim is to analyze the participatory practice within the Conselho Municipal de Saúde of Campina Grande (CMS-GC)/PB, in the Health Board view, with his life story, in the political exercise representation. It applies the concepts of *agent*, *field*, *habitus* and *capital* of Pierre Bourdieu, Jürgen Habermas *communicative action*, and some notions of *conflict* by Ralph Darhendorf to reflect on the role of the Health Board about the implications of information acquisition and ownership of the knowledge to the production of these participatory practice, on its relations with civil society and the management of health authorities, as well as leading the decision making process. These reflections are consolidated with the results of the study within the CMS-GC, which surveys a field, using techniques of data collection: semi-structured interviews applied to the Health Board and the Executive Secretariat and observation of the CMS-GC plenary. It appears, from the confluence of the theoretical with the findings of the research, which is guided participatory practice: to legal rules established in the development of social relationships, similarities and differences between agents evaluated as contributing to effectiveness of social participation, in the efficacy of Health Board as a political representative, in the pursuit and acquisition of information and empowerment of knowledge for qualifying practice, the conformation of strategies for dealing with conflict, with the power struggle around particular interests. It is evident that the provision of Health Board to accumulate *social capital*, *symbolic*, *cultural*, *educational* and *political* promotes the incorporation of a *habitus* that may impact on choice or permanency of the Health Board, and also promotes a connection of collective actors to mobilize to improve efficiency of Health Council, as a promoter of change in health status of the municipality. The analysis of this study is based on the perspective of Health Board, and it is the Health Board itself is perceived as an agent of the production process of participatory practice, change agent.

**Keywords:** Social participation, Health Planning Councils, Information, Knowledge, Policy making.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
<b>APAE</b>	Associação dos Pais e Amigos de Excepcionais
<b>ARCOSA</b>	Associação Regional dos <i>Agentes</i> comunitários de Saúde
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CDL</b>	Câmara de Dirigentes Lojistas
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
<b>CG</b>	Campina Grande
<b>CI</b>	Ciência da Informação
<b>CMS</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>CMS-CG</b>	Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CREFITO</b>	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
<b>CS</b>	Conselheiro de Saúde
<b>CUT</b>	Central Única dos Trabalhadores
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>CEP-ENSP/ FIOCRUZ</b>	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FAP</b>	Fundação de Apoio à Vida
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>GAV</b>	Grupo de Apoio à Vida
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MONITORA-SUS</b>	Monitoramento e Avaliação do SUS
<b>NOB-93</b>	Norma Operacional Básica de 1993
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PPA</b>	Plano Plurianual
<b>PPI</b>	Programação Pactuada e Integrada
<b>SAB</b>	Sociedade de Amigos de Bairro
<b>SEESSA-AB</b>	Sindicato dos Trabalhadores de Saúde e Entidades Benéficas, Filantrópica, Religiosas e Similares do Agreste da Borborema - Estado da Paraíba
<b>SGEP</b>	Secretaria Gestão Estratégica e Participativa
<b>SINDAVAS-PB</b>	Sindicato dos <i>Agentes</i> de Vigilância Ambiental em Saúde da Paraíba
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SMS-CG</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UCES</b>	União Campinense das Equipes Sociais
<b>UEPB</b>	Universidade Estadual da Paraíba
<b>UNICEF</b>	Fundação das Nações Unidas para Crianças
<b>TC</b>	Tribunal de Contas

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b> Composição do CMS-CG – Entidades representativas .....	44
<b>Quadro 02:</b> Duração dos mandatos dos Conselheiros de Saúde de Campina Grande .....	52
<b>Quadro 03:</b> Quadro comparativo dos conceitos de Dado, Informação e Conhecimento ..	73

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Perfil social dos Conselheiros de Saúde entrevistados (CMS-CG) .....	53
<b>Tabela 02:</b> Formulação de propostas pelos CSs .....	96

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01:</b> Distribuição por segmento dos Conselheiros de Saúde participantes da pesquisa .....	45
<b>Gráfico 02:</b> Tempo dispendido com atividades do CMS-CG .....	58

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Esquema de inserção do Conselho de Saúde .....	31
<b>Figura 02:</b> Mapa dos conceitos de Ciência da Informação .....	72
<b>Figura 03:</b> Esquema proposto por Zins sobre o ‘fenômeno explorado’ na CI .....	74
<b>Figura 04:</b> Pirâmide de Fluxos e Estoques proposta por Hannah Arendt .....	76
<b>Figura 05:</b> Esquema de aquisição de <i>capital</i> pelo CS-CG a partir da perspectiva de sua atuação .....	88

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Participação social no setor Saúde: antecedentes, conceitos e evidências no Brasil.....</b>	<b>5</b>
1.1 Estado e a instituição do direito à saúde no Brasil.....	5
1.2 Os antecedentes da participação social em saúde e a influência do processo de descentralização.....	9
1.3 O conceito de participação social .....	13
1.4 Evidências da participação social em saúde após governo Luiz Inácio Lula da Silva .....	16
1.5 Conclusões .....	19
<b>2. Em busca de um marco teórico para a participação social em saúde .....</b>	<b>21</b>
2.1 Prática participativa baseada em Pierre Bourdieu .....	21
2.2 <i>Agir comunicativo</i> por Jürgen Habermas .....	34
2.3 Relações de conflito por Ralph Darhendorf .....	39
<b>3. Os Conselheiros de Saúde do município de Campina Grande: competências e representação política .....</b>	<b>40</b>
3.1 Universo e Amostra.....	42
3.2 Procedimento de Coleta de Dados: Fontes, Instrumentos e Técnicas de Pesquisa.....	46
3.3 O CMS-CG e seus Conselheiros de Saúde .....	50
3.4 Os Conselheiros de Saúde e seus representados – a comunidade de Campina Grande .....	59
3.5 Conclusões .....	68
<b>4. A contribuição da informação e do conhecimento para a prática participativa de Conselheiros de Saúde .....</b>	<b>70</b>
4.1 Na busca pelo conceito de informação e conhecimento .....	71
4.2 A informação e o conhecimento para os conselheiros municipais de saúde de Campina Grande .....	78
4.3 O conhecimento integrado à produção da prática participativa .....	93
4.4 Conclusões .....	101
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>115</b>
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	116
Apêndice B: Formulário de entrevista com Conselheiros de Saúde .....	118
Apêndice C: Formulário de entrevista com secretária executiva .....	121
Apêndice D: Roteiro de Observação .....	123
<b>ANEXO .....</b>	<b>124</b>
Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética .....	125

## INTRODUÇÃO

A participação social no Brasil tem uma maior visibilidade no setor Saúde através da atuação dos Conselhos de Saúde. Desde a promulgação da Constituição de 1988, esta é a instância de participação social que mais se desenvolve ampliando sua distribuição para todos os municípios do país. São, em 2007, 5463 Conselhos Municipais de Saúde, contabilizando 72184 Conselheiros de Saúde (CSs) titulares que atuam e interagem com processo de tomada de decisão da gestão e da política de saúde (1).

O projeto de participação social em saúde proposto na Lei 8142/90 (2) objetiva fazer com que os Conselhos de Saúde sejam um espaço de negociação e discussão entre grupos de interesse que, segundo Cornelis Van Stralen *et al.* (3), tinha a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários (3). A regulamentação das normas com definição das competências e atribuições deste espaço orienta e legitima a prática, mencionando a Resolução n.º 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define o papel do Conselho de Saúde como permanente e deliberativo (4).

Os estudos sobre a representação política e qualificação dos CSs são contínuos, por se tratar de uma inovação crucial da democratização das decisões setoriais, como ressalta Eliana Labra (5), ao explicitar que a discussão em torno do papel deliberativo ou consultivo do CS permanece até os dias atuais. A tensão entre as visões pode estar associada a uma representação política incipiente dos *agentes* ou a uma conjuntura política, institucional, econômica e social coercitiva sobre a atuação dos CSs.

Ao ponderar sobre o papel deliberativo, pressupõe-se que o CS examine as questões, reflita e discuta com os demais para então tomar decisões. Diante deste papel, as atribuições dos CSs compreendem a formulação de propostas e o estabelecimento de estratégias como: avaliar planos orçamentários, convênios, contratos de serviços de saúde, projetos e programas de saúde, pensar a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município; estabelecer estratégias para controle da gestão da saúde articulando-se com outros setores e outros órgãos colegiados, bem como definir critérios e prioridades da agenda, dentre outros.

Em se tratando do papel consultivo, o Conselho de Saúde atua respondendo a demandas da gestão, tal como uma consultoria obrigatória com prazos determinados para deliberar e decidir, a saber: aprovar, diferentemente de deliberar, sobre a alocação de

recursos; localização e tipos de unidades prestadoras de saúde, relatório de gestão, prestação de contas.

Independente do CS ter um papel deliberativo ou consultivo, a prática participativa nos Conselhos de Saúde pressupõe a busca por decisões coletivas, em que todos os CSs têm as mesmas possibilidades de defender seus interesses (1), os interesses de seus representados ou da coletividade. Prática que lida com relações de poder historicamente assimétricas.

A atuação dos CS é permeada por tensionamentos e conflitos em meio a disputas de poder características da relação entre segmentos diferentes (gestores/prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários), expresso no andamento um processo que representam interesses também diversos, particulares ou coletivos. Para isso, parte-se do pressuposto de que é necessário o acesso e busca a informações e apropriação de conhecimento que qualifiquem esta prática e legitime a atuação do CS como representante político.

Estuda-se a atuação do CS tendo como referência sua história de vida, seus saberes, suas conexões com o mundo, suas relações com a sociedade civil e autoridades gestoras da saúde as contribuições para prática participativa. Assim, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a prática participativa no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande (CMS-CG)/PB, na perspectiva do CS com sua história de vida, no exercício de representação política.

Opta-se por considerar o CS como um *agente* ancorando-se em Pierre Bourdieu, que traz também em sua teoria os conceitos de *capital* e suas derivações em *capital econômico*, *cultural*, *social* bem como os conceitos de *habitus* e *campo*, que são utilizados no presente estudo.

Os Conselheiros de Saúde de Campina Grande são *agentes* na medida em que atuam, interagem com outros e que sabem ser dotados de um senso prático, de um sistema adquirido de preferências, de classificações, de percepção, com suas práticas orientadas ou limitadas pela realidade social. (6). Bourdieu, ao propor o conceito de *agente*, rompe com oposições colocadas pela sociologia como indivíduo/sociedade, individual/coletivo, objetivo/subjetivo (7).

Refletindo-se sobre a atuação do CS questiona-se: quais as contribuições que o acesso a informação e a apropriação do conhecimento podem proporcionar para a prática de ser Conselheiro de Saúde? Destarte, esta questão norteia este estudo ao procurar: identificar a contribuição da informação e do conhecimento para produção da prática participativa dos Conselheiros Municipais de Saúde de Campina Grande. Informação considerada como

componente essencial, mediador e força produtiva do conhecimento, do desenvolvimento intelectual, da produção de *capital cultural*, educacional, simbólico, de caráter relacional.

Este caráter relacional destaca a necessidade do estabelecimento de relações do CS com as demandas sociais. Implica em estar em intercâmbio com a sociedade, ser dotado da habilidade de estabelecer conexões e mantê-las, adquirir e incorporar *capital social*. Interações que se dão num contexto de uma ação comunicada, tal como explica Jürgen Habermas. É também desempenhar a função de dar um retorno à sociedade civil sobre as decisões tomadas, de esclarecer dúvidas e questionamentos, de mediar a conexão com as autoridades gestoras, e mediar também os conflitos presentes no espaço social. É um papel complexo, a envolver uma variedade de funções, conhecimentos, competências, aquisições de capital, tempo e energia, e, práticas históricas que permeiam o atuar como conselheiro de saúde e ainda assim efetivar a prática nos moldes de uma teoria democrática participativa a fim de considerar como objetivo o bem público maior.

Estes pressupostos fundamentam o segundo objetivo específico: investigar as implicações da prática participativa, na perspectiva dos Conselheiros de Saúde, para a condução do processo decisório do SUS no município de Campina Grande.

Vale salientar que este estudo foi motivado pela percepção, proveniente da prática profissional como fisioterapeuta, de como a informação é um elemento importante na produção de práticas sociais intrínsecas à história de vida do *agente*.

A justificativa para o desenvolvimento deste trabalho também se deve à experiência com usuários do SUS e CSs de Campina Grande, de que: (i) o entendimento do ‘direito à saúde’ permanece atrelado ao acesso aos serviços de saúde, numa perspectiva direcionada à assistência à saúde, numa sociedade civil na qual *agentes* amadurecidos “evoluem da demanda por acesso aos serviços de saúde à demanda por acesso à gestão setorial” (8 p. 47); e, em segundo plano, com a implantação de mais Equipes de Saúde da família e postos de saúde nos arredores da residência; (ii) após observação empírica de reuniões do CMS-CG, percebeu-se certo descompasso entre a capacidade de comunicação e argumentação entre os conselheiros do segmento dos usuários e dos profissionais de saúde, questões que demandavam uma investigação aprofundada.

O presente estudo desdobra-se em quatro capítulos. O capítulo 1, intitulado ‘Participação social no setor Saúde: antecedentes, conceitos e evidências no Brasil’, trata de uma revisão e atualização sobre o tema da ‘participação social’, aborda os antecedentes no

setor Saúde, a discussão do conceito e sua utilização na área da saúde e relata algumas evidências observadas no último governo.

O capítulo 2 destaca os autores utilizados como referência, situa e discute as categorias conceituais que embasam a análise dos dados coletados, são elas: Prática participativa baseada na teoria de Pierre Bourdieu, Agir Comunicativo de Jürgen Habermas, e a contribuição de Ralph Darhendorf para pensar o conflito presente nas relações sociais.

O capítulo 3 expõe o objeto de pesquisa, o local, o universo, a amostra, o período de avaliação considerado, os caminhos percorridos no decorrer da pesquisa de *campo*, a classificação da pesquisa, relata os procedimentos de coleta de dados. Este traz também os resultados encontrados a partir do perfil dos Conselheiros de Saúde do município de Campina Grande, detalhando atribuições e competências, bem como a complexidade do exercício de representação política, relações entre entidades e sociedade civil representadas.

O capítulo 4 faz uma busca acerca do conceito de informação e conhecimento e aponta aquele que será utilizado no presente estudo. Em seguida, procede-se a uma análise dos resultados da prática participativa na perspectiva do CS, relacionando a contribuição da informação e do conhecimento bem como a incorporação de *capitais* no processo de produção da prática participativa dos CSs e condução do processo decisório do SUS no Conselho de Saúde de Campina Grande.

Na última seção, tecem-se as considerações finais, realçando os principais resultados alcançados, os limites da realização do estudo, as perspectivas abandonadas durante o processo de construção deste e a tendência observada que podem servir de subsídio para novas investigações. Aponta também os encaminhamentos para divulgação dos resultados deste para os sujeitos da pesquisa, para a instituição e município analisado e para comunidade científica.

## 1. Participação social no setor Saúde: antecedentes, conceitos e evidências no Brasil

O Brasil possui, nos dias atuais, mecanismos de participação social em diversos setores como Educação, Planejamento, são estes: Conselhos Gestores, conferências nacionais, estaduais e municipais, orçamentos participativos. Um importante setor que se destaca como um espaço participativo consolidado é o setor Saúde. O Conselho de Saúde e as conferências de saúde (9), enquanto instâncias colegiadas de participação da comunidade e espaços de interlocução com Estado, possuem suas competências definidas na legislação vigente, a citar: “implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS para o controle social da saúde”, a fiscalização dos gastos e recursos da saúde, “fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde”, bem como “atuar na formulação e controle da execução da política de saúde” (10). De acordo com o arcabouço jurídico-institucional a sociedade civil se insere nos Conselhos de Saúde com direito a voz no processo de tomada de decisão da política de saúde.

O presente estudo intenta analisar a relação entre: a objetividade da norma e o papel e atuação dos mecanismos de participação social em saúde. Trabalha-se com o entendimento de norma legal constituída para ‘direcionar’ práticas, ‘regular’ a atuação dos *agentes* em torno do objetivo de construir uma política de saúde nos mecanismos de participação social em saúde legalmente instituídos e, ao mesmo tempo, imersos na dinâmica da sociedade com suas tensões e contradições em luta pela garantia do direito constitucional à saúde, processo em permanente construção.

Tem como pressuposto o entendimento de que a ‘capacidade’ de atuação e intervenção dos Conselhos de Saúde nos processos decisórios está atrelada: (i) aos antecedentes da participação social no Brasil e ao seu desenvolvimento histórico; (ii) à garantia e concretização do ‘direito à saúde’, direito universal, dependente das relações sociais, culturais e políticas entre a sociedade civil e o Estado: e, (iii) à construção do conceito de ‘direito à saúde’ *pari passu* à construção do SUS.

### 1.1 Estado e a instituição do direito à saúde no Brasil

A instituição de mecanismos de participação social no Brasil tem visibilidade a partir da década de 1970. Por sua vez, a participação social na saúde, com o termo participação

comunitária, foi institucionalizada pela Lei nº 8.142 em 1990, conquista da Constituição Federal de 1988, após tensionamento contra o “vetos de artigos relativos à participação social” realizado na Lei nº 8080/90 (11 p. 190) e inspirado nos ideais presentes na norma que pressupõem, segundo Ciconello, ação, participação, corresponsabilidade e interação entre *agentes* diversos, além dos ideais de liberdade e igualdade (12).

O SUS encontra-se em processo de consolidação em meio às influências da atividade política mediada por competições, cooperações e conflitos, possuindo como eixo estruturador e orientador a política constitucional vigente, composta pela Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90.

De início, a ideia de ‘conflito’ orienta o pensamento para um sentido negativo de ‘tensão’, ‘dissonância’ entre *agentes*; entretanto, este também serve a uma função integradora. O conflito cria a tensão necessária para impulsionar o debate em torno da questão, impulsiona o diálogo, o raciocínio sobre possíveis caminhos práticos a se tomar, soluções ou acordos a serem alcançados. Nesse sentido, o conflito evidencia seu aspecto positivo. No entanto, é importante salientar que esta dimensão do conflito, segundo Ralph Dahrendorf (13) só existe na presença de algumas características ou objetivos comuns, em *agentes* pertencentes a um mesmo *campo* (13). No Brasil, este *campo* comum é o Estado Democrático de Direito mediado pela Constituição Federativa na construção das políticas públicas.

Para entender o mecanismo de formação das políticas públicas nos marcos de um governo democrático há que se considerar que:

[...] a natureza de um Estado em particular, leva em consideração os direitos fundamentais que assegura e os procedimentos que aciona para permitir a tomada de decisão pelos governantes e a participação política pelos governados. Desta forma, é possível definir uma política constitucional como *democrática* em função dos procedimentos (*quem* governa e *como* governa), mas também como *social*, ou *de bem-estar social*, caso assegure a seus cidadãos direitos sociais mínimos (*o quê* garante o Estado) (14 p. 95).

A Constituição admite o reconhecimento de direitos utilizando para isso a via do Estado, que “[...] faz valer os direitos que os cidadãos precisam reconhecer mutuamente, caso queiram regular de maneira legítima seu convívio com os meios do direito positivo” (15).

O Estado, como forma de organização de poder, em sua origem histórica e de relações de natureza socioeconômica, oscilou entre o Estado de direitos fundamentais e o Estado social (16):

Os direitos fundamentais representam a tradicional tutela das liberdades burguesas: liberdade pessoal, política e econômica. Constituem um dique contra a intervenção do Estado. Pelo contrário, os direitos sociais representam direitos de participação no poder político e na distribuição da riqueza social produzida. A forma do Estado oscila, assim, entre a liberdade e a participação (16 p. 401).

De acordo com este contexto, a Constituição de 1988 legitima o ‘direito à saúde’ e sua instituição visando atingir o estado de bem-estar social (17; 18) conferido por direitos sociais, tais como: assistência médica, alimentação, moradia, educação, trabalho, serviços sociais e seguros sociais. Acerca da instauração do direito à saúde no Brasil, autores tecem considerações e identificam semelhanças ao ocorrido na Itália (19), apontando que:

[...] o princípio da materialização desse direito iniciara-se em resposta a uma reação da sociedade civil, organizada conforme as necessidades por ela vivenciadas, quando os trabalhadores despertaram para a necessidade de agregação e enfrentamento do conjunto dos problemas advindos do modo de produção. A partir dessa nova realidade, criaram o modelo de solidariedade mútua, voltado à satisfação da dimensão assistencial do direito à saúde. Os dois Estados Nacionais somente sinalizaram preocupação com as condições concretas de vida e, desse modo, com a saúde do homem em sociedade, quando entenderam que, no novo modelo de organização social, a garantia da saúde dos trabalhadores representava também a garantia da manutenção do crescimento da economia (19 p. 123).

O direito universal à saúde, como direito constitucionalizado, coloca-se como desafio para transpor o aspecto de acesso à assistência médica, direcionando-se para ser incorporado como direito social, de forma equânime e dissociado das relações produtivas (20).

A concepção de ‘saúde’ associada à de ‘direito’ é apontada como estratégia de mobilização social para o exercício da cidadania. Ao pensar sobre cidadania e democracia, Ralph Dahrendorf citado por Regina Bodstein (21) explicita que a cidadania é o espaço de igualdade e dos direitos humanos, permitindo a liberdade dos *agentes* para serem diferentes. Esta cidadania deve direcionar a reestruturação de todo o sistema para a produção de resultados sociais. Convém salientar a defesa de Jürgen Habermas (15) para uma “concatenação interna” entre o Estado de direitos fundamentais e a democracia, ao explicar que uma teoria dos direitos, entendida de maneira correta, exige o reconhecimento de uma

política que preserve a integridade particular das pessoas e a autonomia pública dos cidadãos perante o Estado, a considerar as diferenças culturais e condições de vida desiguais.

A Saúde vinculada ao direito é instituída na Constituição de 1988 e é ratificada em 2006 visando o fortalecimento e consolidação do sistema de saúde, através do Pacto em Defesa do SUS (22). Desta forma, o direito à saúde é positivado na norma como direito social e avança em direção da sua concretização mediante políticas públicas.

Sendo assim, é importante destacar a seguinte definição de direito social:

[...] os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta e indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a equalização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que cria condições materiais mais propícias ao aferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com exercício efetivo da liberdade (23 pp. 285-286).

Numa perspectiva contemporânea, o ‘direito à saúde’ e o direito social se vinculam, pois se complementam em sua base teórica. O conceito de direito social reconhece a autonomia dos *agentes* na construção de uma sociedade democrática, bem como provê ações para sua aplicação, reduzindo dicotomias entre teoria e prática, visto que o direito social se concretiza no cotidiano, no exercício da cidadania mediada pela apropriação individual e coletiva deste direito (24). Diante do exposto convém diferenciar o ‘direito’ como sistema de valores e ‘Direito’ como ordenamento jurídico (25).

A partir do SUS, o ‘direito à saúde’ é posto como um direito social, universal, e projetado como obrigação estatal de garantia da saúde ao indivíduo e à coletividade (17; 11) a orientar as ações governamentais e originar novas práticas no setor Saúde. A Saúde passa a ser tratada como uma questão de cidadania e a participação social como condição para seu exercício, assegurados constitucionalmente (26), diferentemente do contexto que antecede a participação social em saúde em que o Estado se adapta às crescentes demandas setoriais de forma a institucionalizar espaços com representação política permanente, “assumindo o conflito e patrocinando a concentração de interesses” (8 p. 47).

## **1.2 Os antecedentes da participação social em saúde e a influência do processo de descentralização**

Ao longo destes 22 anos de SUS, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde consolidaram-se como os principais mecanismos de participação social em saúde no Brasil. Com grandes variações entre si, configuram-se como espaços de mediação e intervenção nos processos decisórios ao conectar a sociedade civil e o Estado na formulação e controle da política de saúde. Diversas perspectivas e contextos históricos antecedem os mecanismos de participação social no setor Saúde.

Dentre os principais motivos para a instituição destes mecanismos destacam-se: “a crise de legitimidade das formas tradicionais de representação de interesses nas democracias liberais; a forte demanda por maior participação direta dos cidadãos no processo político; o estímulo de agências internacionais de desenvolvimento”, os interesses de remodelação do sistema de saúde (27), a emergência de novos grupos de interesses em participar dos processos políticos e decisórios (28), a prática de alguns governos locais que utilizavam a participação social como meio de promover estrategicamente a gestão, ou radicalizar com a democracia local (29).

Em se tratando das agências internacionais, é importante citar o instrumento criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundação das Nações Unidas para Criança (UNICEF) em 1977, a Declaração dos Cuidados Primários em Saúde, que contribuiu para o desenvolvimento de políticas públicas promotoras da participação social além de incentivar, através da prática do autocuidado, a responsabilização pela própria saúde (27).

Outra dimensão em torno do impulsionamento da participação social em saúde concerne à relação do Estado com a definição de suas competências, deveres e responsabilidades em detrimento daqueles atribuídos aos cidadãos/sociedade civil. Para contextualizar esta questão, convém citar que, durante reunião entre políticos e intelectuais em 1996 na Cidade do México, foram observadas as tendências da conjuntura econômica e política dos países da América Latina. Dentre as várias citadas, menciona-se, neste estudo, a tendência em reduzir a capacidade indutora e reguladora do Estado, medidas aplicadas pelos governos federais destes países. Com o Estado reduzindo seu papel regulador, passa-se a requerer que a regulação seja realizada pela sociedade civil, no caso da Saúde, por um controle exercido pelos legitimados Conselhos de Saúde (30).

A Constituição de 1988, como promulgada, possui metas que orientam para democratização da política, do sistema de saúde e de proteção social. Sua formulação introduz inovações institucionais que implicaram na elaboração de: leis, como a Lei nº 8080/90, que dispõe sobre o regulamento das ações e serviços de saúde em todo território nacional, a Lei nº 8142/90 a tratar da participação comunitária e da transferência de recursos para estados e municípios; e de novas diretrizes, como a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-93) que descentraliza a gestão (31).

A instituição da Carta Constitucional de 1988, enquanto instrumento do pacto federativo, direciona as práticas e os limites das ações dos entes federados e promove uma redistribuição territorial do poder em função do desenvolvimento da democracia (32). No Brasil, uma primeira perspectiva diante dos antecedentes da participação social em saúde foi a implementação do processo de descentralização da gestão do SUS orientado pelas Normas Operacionais Básicas – NOB SUS 1991, NOB SUS 1993 e NOB SUS 1996. Este processo objetivou a reformulação do modelo de saúde anterior, que pode ser caracterizado como sendo: assistencialista, individualista, fragmentado e assistemático no que concerne às práticas decisórias e financeiras. A proposta de descentralização previa a redefinição do modelo de proteção social para a prática dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (33) a fim de reduzir as desigualdades diante da diversidade espacial, socioeconômica e cultural.

O processo de descentralização em saúde se deu de forma que a responsabilidade de prestar atendimento à população foi destinada aos municípios, com o poder público estadual responsável por mediar as relações entre os sistemas municipais, e estando o governo central diante do comando sobre o financiamento, formulação da política nacional de saúde, coordenação das ações entre os entes federados estaduais e municipais, bem como sobre a cooperação técnica (34; 35). As NOB's condicionavam o repasse dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde ao cumprimento dos requisitos que habilitavam o município à gestão semiplena<sup>1</sup>. Um dos requisitos exigia a criação e implantação de CMSs para exercer o controle social sobre a gestão municipal.

O próprio conceito de descentralização implica na transferência de responsabilidades, atribuições e poderes públicos para novas instâncias administrativas do governo central, para instâncias subnacionais, organizações da sociedade civil, ou para

---

<sup>1</sup> Condição atribuída ao município quando este se responsabiliza pela gestão do sistema municipal de saúde e pela administração dos recursos financeiros, sob fiscalização do Estado, a partir da descentralização do poder do Estado para os municípios, condição preconizada pela NOB-01/93.

empresas privadas (32). Deste modo, o processo de municipalização confere relevância aos municípios na organização político-administrativa e amplia a autonomia local sobre o controle fiscal e político. No setor Saúde, a norma vigente define que cabe aos Conselhos de Saúde o exercício de tal controle. É também função dos Conselhos de Saúde gerenciar o processo de descentralização (36), conduzido e operacionalizado por meio das comissões intergovernamentais para promover uma ação integrada entre as três esferas de governo gestoras do SUS (11). “O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde [...]” (10 p. 4). Assim, há um destaque desta instância enquanto mecanismo de participação, após a aplicação da NOB-93 (37; 38; 39; 11).

Uma segunda perspectiva importante da participação social na saúde diz respeito ao movimento de democratização da saúde, denominado como o movimento de reforma sanitária, a questionar a concepção de saúde restrita, característica do modelo biomédico, e a propor reformas político-ideológicas e institucionais (40). O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foram as principais organizações responsáveis pelo impulsionamento da reforma sanitária, que culminou com a apresentação do documento ‘A questão democrática na área de saúde’ no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara Federal (20). O CEBES ficou então responsável por:

[...] preconizar a democratização do setor Saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (20 p. 26).

Hipóteses explicativas – dentre as dimensões ideológica, ética, política e social – para o processo da reforma sanitária destacam a inserção do tema ‘participação social’ no processo de democratização da saúde, são algumas destas:

[...] a generalização da consciência sanitária; a construção de um paradigma analítico fundado na determinação social da saúde e da organização das práticas; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a construção de um arco de alianças políticas em torno da defesa do **direito à saúde**; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social do sistema de saúde (41);

E, no que diz respeito à dimensão política, Sonia Fleury expõe que a reforma possui “a capacidade de alterar a cultura política prevalecente em direção à universalização dos direitos e à garantia de práticas administrativas participativas” (41 p. 748). A autora conclui que a reforma sanitária não está finalizada, novos *agentes* políticos precisam ser construídos (41). Desta forma, a participação social é inserida no contexto nacional e no processo decisório, porém ainda hoje perpetuam estudos em torno da significação desta nas práticas políticas e gestoras do campo da Saúde Pública.

Percebe-se, então, a amplitude dos significados de participação social, especificamente das suas ressignificações, no decorrer da história política do Brasil, permeando crises, a reforma estatal e a sanitária a fim da edificação de um sistema de saúde. “A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (41 p. 747).

Assim, os participantes do movimento da reforma sanitária propõem que o SUS incorpore alguns processos durante a trajetória da política pública de saúde institucionalizada no espaço da democracia participativa. Pretende-se que a saúde seja vista individual e coletivamente como uma concepção de vida, de forma que esta concepção venha a embasar as intervenções do Estado, transformando as práticas políticas de saúde (42). Sendo assim, a Reforma Sanitária Brasileira é considerada como uma reforma social cujos elementos deste processo são a:

- a) *democratização da saúde*, o que implica na elevação da consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo acesso universal e igualitário ao SUS e a participação social no estabelecimento das políticas e na gestão;
- b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitado o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;
- c) *democratização da sociedade* alcançando espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (42 p. 173).

### 1.3 O conceito de participação social

Antes de avançar no estudo, convém ressaltar os diferentes termos e conceitos utilizados, tanto na legislação que regulamenta a participação social quanto às ambiguidades que expressam as diferentes perspectivas com que se utiliza o termo nos dias atuais.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco da Saúde Coletiva e da formulação do SUS no país, a participação social foi debatida à luz da análise conjuntural da época. Francisco de Assis Machado examina a participação social e a associa: ao controle social sobre as práticas políticas do Estado, à formação de uma consciência sanitária, à defesa autêntica de direitos sem desvios ou interferência de grupos de interesses, à presença nos locais de decisão da administração pública. Para a construção deste exame sobre o tema, Machado se baseia no conceito de participação social como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor Saúde” (43 p. 299).

Numa análise do contexto de redemocratização do Brasil e expressão da participação social, durante o final da década de 1980, Mendes (44) define a participação social como o exercício de uma capacidade organizativa concreta da população traduzida como o controle sobre atividades públicas em defesa de seus interesses, a partir da ativação da sociedade civil e sua presença na arena política.

Na legislação brasileira, a citar em específico o Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde, que compreende as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, a participação é referida como ‘participação da comunidade’ ou comunitária, participação na gestão da política pública de saúde (45). Soraya Côrtes, por sua vez, esclarece que os termos participação comunitária e participação popular são sinônimos (27), assim como o faz Carlos Milani, acrescentando o sinônimo de participação democrática (29). A proposta de ‘participação popular’ na legislação é considerada vaga e difusa o que fragiliza sua normatização e tende a se concentrar nas mãos de técnicos e na burocracia governamental (46).

Há autores que associam a participação popular à noção de participação política, mas como um tipo de participação social. Victor Valla explica que o termo “compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social”, quer saúde, educação, transporte, habitação, dentre outros (30). Em outras palavras, é a

participação política das entidades de representação da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas.

Autores afirmam que a participação social decorre de uma “resposta necessária aos impactos nocivos do Estado-providência na construção de uma cidadania ativa” (29 p. 554).

A noção de controle sobre as atividades públicas, controle social em referência a relação entre o Estado e sociedade civil, a partir do pensamento de Thomas Hobbes, é entendido como a “limitação do agir individual da sociedade” (8 p. 11). No setor Saúde, o controle social é originalmente caracterizado pelas intervenções sanitárias de higiene e proteção à saúde, datadas do início do século XX, em que o Estado é o detentor do poder técnico, decisório e executivo (8).

Da insuficiente ação do Estado no combate à condição sanitária e doenças inerentes, surge nos Estados Unidos a Medicina Comunitária aliada à transformação da compreensão do complexo saúde-doença. No Brasil, em meados dos anos 50, a aplicação do sanitarismo campanhista chama a população a colaborar e estar presente para eficácia das ações de saúde, ou seja, participar num sentido de solidariedade para produção de melhorias sociais e também no sentido de autocuidado (8).

A participação popular também possui, em seus diferentes conceitos e significações, uma abordagem destinada aos grupos sociais marginalizados, no sentido de inclusão ao contexto dos padrões que vincula a grupos sociais de riqueza e modernidade, e outra abordagem que inclui os cidadãos e as organizações da sociedade civil no processo decisório de políticas públicas (29; 30).

Ao buscar distinguir conceitualmente os termos ‘participação social’ e ‘participação popular’, encontram-se na verdade aproximações conceituais, mesmo em se tratando de autores de áreas diferentes, como a Educação Popular em Saúde, a citar Victor Valla, ou cientistas políticos que analisam a Administração Pública, como Carlos Milani.

Victor Valla (30) aponta como definição clássica de participação popular “uma mobilização de cidadãos que procura obrigar os governantes a sentarem-se à mesa para negociar as reivindicações populares”. E Milani (29) refere Leonardo Avritzer e Evelina Dagnino para explicar que a participação social implica colocar a decisão em debate. Numa análise entre a América Latina e Brasil, Milani assinalou que a participação social deve ser estimulada de forma a ponderar a apreciação da sociedade civil na definição das condições de organização e associação da reforma democrática de Estado e da administração pública, e propõe que se deve considerar, nos pressupostos da democracia deliberativa:

[...] a existência de cidadãos e sujeitos coletivos capazes de utilizar as regras e recursos existentes de modo reflexivo (ação reflexiva); a existência de processos políticos que contemplem oportunidades de desenvolvimento das capacidades argumentativas dos cidadãos na definição da vontade coletiva e na elaboração institucional de espaços abertos à participação; os cidadãos são considerados enquanto sujeitos capazes de produzir a normatividade em que vivem; o Estado passa a ser a instância de organização e de legitimação dos processos políticos (29 p. 558).

Algumas características foram pensadas como ideais institucionais para a efetivação de uma democracia participativa, a citar:

- (i) ser um processo educativo voltado para o exercício da cidadania, levando ao estabelecimento de conexões e influências mútuas entre as esferas pública e privada;
- (ii) permitir que as decisões coletivas sejam aceitas mais facilmente pelos indivíduos, uma vez que os mesmos tomam parte do processo de decisão;
- (iii) produzir maior integração social, na medida em que produz um sentimento de pertencimento de cada cidadão isolado à sua comunidade ou grupo organizado (associação, sindicato, movimento social) (12 p. 2).

Na área da saúde, Maria Lúcia Vianna *et al.* (47 p. 222) ao analisarem o conceito de participação social o associam “[...] à capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem<sup>2</sup>”.

Constitui tarefa complexa o delineamento de um marco teórico de referência que embase a participação social, seja nas Ciências Sociais, Políticas ou na Saúde Coletiva.

É árduo localizar um consenso entre autores acerca do marco teórico em torno da participação social, conforme evidenciam os estudos de Vianna *et al.* (47) sobre a produção acadêmica e as experiências dos conselhos e conferências sobre a gestão participativa. No esforço de localizar uma base teórica, estes autores assinalam que o conceito de participação social remonta à teoria social moderna, conceito de caráter recente, termo anteriormente referido à participação política e hoje substituído por participação social.

A participação política surgiu com a formação do Estado Moderno, associado ao modelo de governo democrático representativo, inicialmente através do voto, como a expressão do direito universal a apreciar e demonstrar preferências acerca das decisões

---

<sup>2</sup> GASCÓN, TAMARGO; CARLES (2005) citam como autores cujas definições se aproximam dessa concepção: BlasTomic, García Delgado, Marshal Wolfe, Emanuel de Kart, Albert Meister, e organismos como a CEPAL e as Nações Unidas.

relacionadas à coletividade (47). O caráter universal inerente à democracia faz emergir o cidadão, *agente* detentor de direitos, de fala e de inserção no processo decisório.

[...] O conceito de participação tem um percurso, nas ciências sociais, marcadamente ligado às teorizações sobre a democracia, com o que, mais uma vez, revela seus traços essenciais: é um dote (trasladado em direito ou em dever) universal, que se exerce na esfera pública, prioritariamente através do voto creditado às instâncias de representação política (47 p. 229).

No que concerne às instituições políticas, o processo de deliberação democrática objetiva o compartilhamento entre sociedade civil e gestores da responsabilidade sobre a decisão e a construção de consenso sobre o conteúdo das políticas públicas (29 p. 558). Nesta dimensão deliberativa, a participação pode ser apreciada: na sua dimensão pedagógica para o desenvolvimento da cidadania, a partir de saberes e práticas que promovam uma emancipação política; como controle social, no sentido de fiscalização de ações e serviços, bem como a apresentação de propostas; na dimensão simbólica, ao construir uma identidade coletiva de um movimento social; e como conquista política à luz da conquista de direitos por meio da redistribuição de poder (29).

Outra questão diz respeito ao que Victor Valla (30; 46) chama de *culpabilização da vítima*, situação observada na realidade das instâncias de participação, especificamente os Conselhos de Saúde, como desqualificação do saber popular, a justificar a “incompetência” deste *agente* pelo desconhecimento do saber técnico, ao lançar mão da escolaridade como parâmetro de competência. Assim, expõe que “esta participação, se de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública”.

#### **1.4 Evidências da participação social em saúde após governo de Fernando Henrique Cardoso**

Análises de anos recentes sobre a participação social no Brasil durante os governos dos ex-presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) evidenciam “o vigor e o amadurecimento político e técnico dos variados atores

setoriais, a diversificação temática e a internalização social alcançadas pelo SUS no espaço nacional” (11 p. 179).

Os valores éticos e sociais de direitos de cidadania foram ressaltados no período da Constituição de 1988 e institucionalizados com o SUS, expressos nos princípios de participação comunitária, universalidade, igualdade e integralidade. Este contexto resultou na inclusão de metade da população na primeira década de criação do SUS, porém os princípios de participação e integralidade foram secundários à universalização e descentralização, sendo hoje reduzidos à dimensão de micropolítica e a experiências pontuais de conselheiros e gestores locais. Nelson Santos explica ainda que experiências exitosas locais, relatadas em mostras regionais e nacionais, é a demonstração do potencial do SUS, ao retomar seus princípios doutrinários e organizacionais esquecidos (48).

Marcos legais, tanto da participação social como da promoção da saúde, “apesar de fundamentais, não asseguram, por si, a sua concretização, nem tampouco a autenticidade da participação social em termos de autonomia, expressão e defesa de seus interesses” (49 p. 12).

Estudos do período da presidência de Luiz Inácio Lula da Silva sobre a participação social evidenciam resultados diferentes ao longo de seus 8 anos de governo. Rosana Freitas (50) expõe, numa análise de seu primeiro mandato, uma rejeição do governo à participação social. Por sua vez, Jairnilson Paim (42) relata a ampliação da participação social em saúde no governo Lula com limites e ambiguidades. Este assinala como limites: a percepção de crise do controle social no SUS, uma vez que a efetividade do controle social, ou seja, a ampliação dos espaços de participação com consequente aumento da representatividade, é delegada à sociedade, sociedade responsável, num sentido positivo ou negativo, por acompanhar e fiscalizar a gestão do SUS; “[...] a falta de capacitação de conselheiros, a burocratização, o corporativismo, a partidarização e disputa de interesses dos conselhos em razão da interferência política, o que reduz sua autonomia”. Trata-se de ambiguidades: o descrédito na manutenção de um debate entre Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a sociedade, a reprodução dos problemas da política convencional evidenciada na existência de conselheiros que são, de fato representantes dos partidos de base do governo, atuando como “militante profissional de controle social” em defesa dos interesses político-partidários<sup>3</sup> (42).

Na perspectiva de inclusão dos cidadãos nos mecanismos participativos no setor Saúde há facilitações e obstáculos. Os principais obstáculos estão diretamente associados a

---

<sup>3</sup> Faleiros *et al.* 2006, citado por Paim (2008), reúne as visões de Tambellini, Feghali e Goulart em torno da interferência partidária no exercício do controle social.

questões relativas ao acesso à informação e ao conhecimento (51; 39; 52) e à limitada atuação dos *agentes* sociais (53; 26). A argumentação técnico-científica é posta como requisito tanto à legitimação dos Conselhos de Saúde quanto ao diálogo dos conselheiros com seus representantes, inibindo relatos e demandas populares, e enfraquecendo os conselhos como espaço institucional de deliberação política (26).

Estudo constata que em 1996 apenas 24 municípios do país tinham dois anos de gestão semiplena dentre os 126 incluídos nesta condição. Diante deste universo, os autores realizam estudo em 12 municípios a fim de esclarecer como a gestão descentralizada dos serviços de saúde conduziu à adoção de estruturas e práticas voltadas para o incremento da participação da comunidade na administração dos sistemas municipais de saúde (39). Em sete municípios brasileiros, os conselheiros criaram câmaras técnicas para aprofundar os temas mais importantes debatidos nos conselhos devido à insuficiência de informação e formação da população motivada a participar (39).

Pesquisa com Conselheiros Estaduais de Saúde, em torno da temática da inclusão digital, verificou diversas questões preponderantes para o exercício do controle social e ampliação das práticas participativas, segundo a perspectiva do uso e apropriação das informações em saúde, os processos educacionais e de treinamento dos conselheiros, o protagonismo dos conselheiros, e a relação entre estes, o Estado e os cidadãos (51).

Dentre as várias constatações relatadas por Ilara Hämmerli *et al.* (51), cabe expor: (I) a observação de desigualdade no acesso e uso das informações em saúde mais evidente para os conselheiros do segmento dos usuários em comparação com os demais segmentos; (II) a existência de diferenças locais e regionais, de disputa de poder e favorecimento de interesses, determinantes e condicionados pela busca da informação; (III) o reconhecimento por parte dos conselheiros acerca do valor da informação para debate crítico e participativo; (IV) o ato de responsabilizar-se em defesa do SUS como *agentes* no exercício do controle social, por parte dos conselheiros dos segmentos dos usuários, demandando dos governos uma maior transparência e respeito ao seu segmento e à instituição ‘Conselho de Saúde’; (V) a reivindicação do uso de linguagem acessível e interpretação de indicadores de saúde; (VI) o reconhecimento do próprio valor enquanto *agente* social, cidadão em busca de ampliação da democracia participativa (51).

Foi evidenciado que “o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que possibilita, em última instância, maior habilidade argumentativa em espaços conquistados de participação”, e que

este aumento na capacidade de apropriação do conhecimento e da informação é componente importante para ampliar a capacidade deliberativa em torno da redemocratização da saúde (51 p. 880).

Diante da forte tendência à normatização para regular as ações e serviços propostos pelo SUS, leis e emendas são criadas para satisfazer demandas focais de atenção à saúde. As instâncias colegiadas de participação social do SUS, a justiça e o Ministério Público são procurados para tratar de questões pontuais como, por exemplo, a busca pelo acesso a medicamento ou pelo acesso a serviço de saúde. Entretanto, decisões judiciais entram em contradição com os próprios princípios normativos de universalidade, equidade e integralidade constitucionalizados e se distanciam dos fatos reais, das desigualdades sociais e iniquidades (21; 31). Assim sendo, infere-se que a constituição normatiza práticas e projetou ideais de difícil concretização diante do complexo contexto sócio-político-econômico da saúde. Um dos indicativos da difícil materialização dos preceitos constitucionais se expressa atualmente na forma de 66 emendas constitucionais realizadas na Carta de 1988 até 13 de julho de 2010.

## **1.5 Conclusões**

O estudo desse tema originou-se da hipótese de que há, nos dias atuais, uma forte relação da norma com o conceito de participação social conhecido pelo senso comum a pautar o exercício da cidadania e do controle social. Na tentativa de investigar esta hipótese, fez-se um estudo sobre: os antecedentes que influenciaram a instituição da participação social em saúde no país, o desenvolvimento do conceito de participação social e sobre as evidências que corroboram ou não para a afirmação desta hipótese.

Os cidadãos, detentores de um conjunto de direitos, dentre eles o direito político, civil, social e também o 'direito à saúde', reivindicam sua participação nos processos decisórios mediante o ideal de igualdade de chances, de direitos, mediante a 'democratização da saúde'. A participação dos cidadãos objetiva, por meio dos canais de participação social: relacionar e analisar as necessidades coletivas para a superação dos problemas existentes, sejam prementes, sejam de longo prazo, mediando a interlocução com as autoridades competentes pela implementação da política de saúde a fim de reivindicar soluções.

No processo político de constituição do ideário da reforma sanitária, a participação social é um dos seus pilares de sustentação, fundamentado no fato de que a participação social agrega perspectivas, dimensões, críticas e sugestões relevantes para a resolução dos problemas existentes, para a formulação e construção das políticas públicas. Esta concepção está presente na legislação do SUS como um de seus princípios organizativos e é considerada como um requisito para o alcance dos preceitos constitucionais.

Entretanto, a análise dos resultados encontrados neste estudo evidencia que a participação ativa dos representantes que compõem o Conselho de Saúde, durante sua trajetória para um novo modelo de gestão democrática, está diretamente relacionada ao engajamento deste conselheiro no *campo* político em defesa dos interesses populares e/ou da entidade representada. É relacionada também a ‘democratização do Estado’, incorporando deliberações sobre o planejamento e programação da saúde do município.

Esta participação é influenciada pelo conhecimento? Os resultados encontrados indicam que sim, pois há desafios a superar no que concerne à ‘democratização da sociedade’, a incluir: o acesso às informações; a ponderação sobre a valorização do conhecimento técnico-científico e valorização do saber popular, saber empírico construído e adquirido a partir da experiência prática do cotidiano e das inter-relações; a apropriação crítica do significado da informação para a produção do ‘conhecimento’ pelos conselheiros e sociedade civil, o que implica: (i) na reflexão sobre a representatividade do conselheiro, enquanto *agente* de mudanças; e, (ii) na superação das disputas de interesse individual e político-partidário em detrimento ao papel coletivo e institucional.

Esta primeira aproximação aos estudos sobre a participação social em saúde parece evidenciar a necessidade de (re)direcionar e exaltar o olhar sobre os *agentes* de destino das políticas de saúde – o cidadão; revisitar, na prática, as relações entre Conselheiros de Saúde, sociedade civil e Estado; rever as necessidades de informação e empoderamento destes conselheiros e contribuições para o fortalecimento da prática participativa.

## 2. Em busca do marco teórico para a participação social em saúde

A presente pesquisa situa-se na temática da participação social, cujo *campo* da Saúde Coletiva foi objetivado no *espaço social* do Conselho Municipal de Saúde do município de Campina Grande, PB (CMS-CG), desenvolvida no período de abril de 2009, início do mandato em vigor, até setembro de 2010.

O objetivo deste estudo foi analisar a prática participativa no espaço do CMS-CG, da perspectiva do indivíduo com sua história de vida no exercício de representação política, o que envolve também, a contribuição da informação e do conhecimento para configuração desta prática, bem como as implicações na condução do processo decisório do SUS.

Para fundamentar, contextualizar e interpretar os resultados da pesquisa, fez-se necessário, previamente, a delimitação de categorias analíticas nucleares. Os estudos confluíram para as seguintes: participação social, prática participativa, *agir comunicativo* e relações de conflito tendo como referência o pensamento de Pierre Bourdieu, Jürgen Habermas e Ralph Darhendorf, com base em textos originais destes autores, e em referências que fazem uso ou apreciação crítica destas categorias.

A seguir apresentam-se os resultados deste esforço de construção de um marco teórico que auxilie a análise dos dados empíricos e primários levantados, discutidos nos capítulos seguintes.

### 2.1 Prática participativa

Entende-se ‘prática participativa’ como a atuação em canais institucionalizados de representação política, ou seja, ações e estratégias mediadas pela apropriação de informações, conhecimento construído a partir do produto desta apropriação, *agir comunicativo* permeado pelo *interesse* em efetivar a participação social, a envolver as aptidões, as competências, os saberes, a história de vida, as crenças e o valor dado à prática a que se destina o fim. Esta atuação pode ser conduzida por princípios de produção do *espaço social*, a partir do *capital* incorporado que estrutura e posiciona o *agente* no *campo* conduzindo sua prática, e/ou por mecanismos de reprodução das particularidades históricas coletivas.

A teoria de base a subsidiar este conceito – ‘prática participativa’, proposto como categoria analítica, se origina na teoria social, especificamente nos conceitos de: ‘*habitus*’,

‘*capital*’, ‘*campo*’ e ‘*espaço social*’ proposto por Pierre Bourdieu, que compõe a sociologia da prática. O autor é um sociólogo francês e possui influências de Lévi-Strauss, Bachelard, Marx, também de contemporâneos como Foucault e Habermas, Weber, Hegel, Elias (54). A escolha por Bourdieu decorreu do foco de sua teoria sobre a *prática social* incidir sobre os *agentes*, *agentes* em constante movimento no contexto institucional no qual se inserem e se posicionam.

Além disto, Bourdieu “se coloca a meia distância, entre o subjetivismo, que desconsidera a gênese social das condutas individuais, e o estruturalismo, que desconsidera a história e as determinações dos indivíduos” (54 p. 29). Da Fenomenologia<sup>4</sup>, ele incorpora a reflexão sobre o processo de construção do fato social como objeto e a ideia de que são os *agentes* sociais que constroem a realidade social, embora sustente que o princípio desta constituição é estrutural (54).

Adota o método sociológico denominado de *Construtivismo estruturalista*, método em que analisa os mecanismos de dominação, da produção de ideias, da gênese das condutas. Para Bourdieu, o mecanismo de dominação é exercido sempre mediante violência, seja ela bruta ou simbólica, seja mediante coação física, sobre os corpos, seja através da coação espiritual, sobre as consciências (54).

As aplicações dos conceitos e teorias deste sociólogo são abrangentes e utilizadas em diversas áreas, desde arte e religião a temas da Administração, da Ciência Econômica, da Ciência Política, da Educação assim como da Ciência da Saúde, em diversos países.

O *Construtivismo Estruturalista* referido consiste em postular que as representações ou práticas dos *agentes* são construídas, limitadas ou orientadas por estruturas sociais objetivas que independem dos anseios ou consciência dos mesmos. Estas estruturas são construídas a partir de esquemas de ação e de pensamento constituídos a partir da realidade social (7). As estruturas são analisadas a partir da prática social. O *agente* está inserido no *campo*, como também constitui a força que move, constrói e reproduz o *campo* (54).

Uma teoria que permite circunscrever temas tão diversos, tendo como unidade o contexto social, incluindo o tema da participação social, torna-se relevante para este estudo que tem por objetivo analisar a prática participativa e admitir como *agente* o Conselheiro de Saúde. A questão do CS como *agente* inserido em uma prática, a prática participativa, demanda a utilização de noções teóricas oriundas de uma abordagem sociológica sobre este

---

<sup>4</sup> THIRY-CHERQUES faz esta reflexão, mas não explicita quais os autores da fenomenologia que são utilizados.

ser e sua relação com o contexto em que vive, nos moldes preconizados pelo *Construtivismo Estruturalista* de Bourdieu.

Para compreender melhor a aplicabilidade da teoria de Bourdieu a este estudo, far-se-á um resumo dos conceitos principais que norteiam o corpo teórico da *filosofia da ação*.

Para Bourdieu, os *agentes* agem em situações sociais concretas, reguladas por um conjunto de relações objetivas. O *campo* é a estrutura de relações sociais objetivas entre *agentes* individuais e coletivos, é o que torna possível a relação entre o *agente* e seu meio, o *agente* e a realidade (7) (55) (56) (6). Estas relações se dão em contextos variados, como, por exemplo, o contexto em que prevalece a ‘autonomia’, vista como a capacidade de reconhecer e lidar com suas determinações internas ou com as imposições sociais; e o contexto em que se destacam as ‘concorrências’ entre esses *agentes* (7) (56). As relações resultam de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento do mundo. Como tal, cada *campo* cria o seu próprio objeto (artístico, educacional, político, etc.) e o seu princípio de compreensão. São microcosmos sociais, com valores (*capitais*), objetos e interesses específicos (54). Assim, para se colocar dentro do *campo*, construí-lo ou reconstituí-lo, estes *agentes* disputam posições, passíveis de mudança, de acordo com o *capital* incorporado (7) (56).

O social é interpretado como um espaço multidimensional, cujas dimensões são os princípios de diferenciação (*os capitais*). Vizinhança ou afastamento no mapa social expressam maior ou menor diferencial das mesmas propriedades. Proximidade no *espaço social* significa o intercâmbio das mesmas práticas e preferências, enquanto que afastamento significa práticas e preferências distintas (57 p. 114).

Pensar em termos de *campo* é pensar em termos de relações (58). Os *agentes* estão em constante movimento nos diversos *campos*, quer seja o *campo* simbólico, *campo* educacional (citado por Bourdieu como intelectual), *campo* cultural, *campo* social. Nesta teoria há o princípio de que o sistema de trocas e formas simbólicas a ocorrer no *campo* não pode ser separado da prática, e estas trocas ocorrem na medida em que o *agente* se movimenta entre os diversos *campos* inter-relacionados e com ele interage.

O pensamento de Bourdieu ajuda a compreender a dinâmica do Conselho de Saúde, a partir do conceito de *campo*. Neste sentido, o CMS-CG torna-se o *campo* no qual se estenderam relações sociais objetivas entre os *agentes* individuais (CSs) e coletivos (as entidades e segmentos que representam).

À reflexão sobre o *espaço social*, Bourdieu (6) aponta que, para construí-lo, faz-se necessário estruturar a posição social ocupada com relação ao volume e ao peso do *capital* incorporado, posição a se definir e diferenciar neste espaço. O *espaço social* é constituído por uma representação pluridimensional de campos autônomos e ao mesmo tempo inter-relacionados. O *espaço social* é definido como o conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento, e também por relações de ordem. Desta forma, o *espaço social* pode ser construído ou reconstituído a partir da mudança de posição dos *agentes* no *campo*, a depender do *capital* incorporado.

Inserido no *campo*, o *agente* posiciona-se, com repercussões sobre o direcionamento das ações e estratégias implementadas no *espaço social* estabelecido pelo SUS. A estruturação da posição social corresponde ao *habitus*, o princípio orientador, organizador e diferenciador das práticas e representações, das escolhas, das respostas às situações que podem ser objetivamente adaptadas aos seus resultados, sem pressupor um objetivo consciente visando a um fim ou um domínio explícito das operações necessárias para obtenção de resultados.

O *habitus* indica um princípio gerador de práticas, um conhecimento adquirido, um haver, um *capital*, uma disposição incorporada, quase postural, resultante de um processo de aprendizado, produto do contato com diversas estruturas sociais. É dependente de um sistema de disposições ativo, ou seja, da incorporação de preferências, inclinações, de princípios de visão e divisão, de estruturas cognitivas duradouras, de esquemas de ação, de apreciação e percepção da situação. É um poder gerador que prepara e direciona o *agente* para a ação. É um sentido prático que faz o *agente* entrar em ação não sendo obrigatória a reflexão, mas que não a exclui. É princípio de um conhecimento sem consciência, de uma intencionalidade sem intenção (55) (6). É adquirido por aprendizagem explícita ou implícita e funciona como um sistema de esquemas geradores de estratégias que podem ser objetivas em conformidade com os interesses dos seus autores, sem terem sido concebidas com tal fim (54).

As disposições podem ser duráveis, transmissíveis a outros *agentes*, resistentes às mudanças devido a sua consolidação no próprio *agente*, e transponíveis para outras áreas da vida, segundo Corcuff (7), esferas de experiência. Refletem o exercício da faculdade de ser condicionável como capacidade natural de adquirir capacidades não-naturais, arbitrárias. Portadoras da história individual e coletiva, são de tal forma internalizadas que chegamos a ignorar que existem. Produtos de uma aprendizagem, de um processo do qual já não têm mais consciência e que se expressa por uma atitude “natural” de nos conduzirmos em um

determinado meio. O *habitus* é referido a um *campo*, se acha entre o sistema imperceptível das relações estruturais, que moldam as ações e as instituem, e são as ações visíveis desses atores, que estruturam as relações. (54).

Mediante sua experiência cotidiana, com base em uma determinada posição social, o *agente* constrói configurações mentais que funcionam como princípios de avaliação e classificação das coisas do mundo. Suas práticas (preferências, gostos, estilos, linguagem, “vocação”, inclinações políticas) dão-se em conformidade com essas configurações mentais e com as disposições corporais a elas adequadas (57).

O *habitus* é dependente da incorporação de *capitais*, sendo o *habitus* o determinante da posição social do *agente* no *campo* e dependente do tipo de *campo* (6). A dinâmica social no interior de cada *campo* é regida pelas lutas em que os *agentes* procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de *capital* específico (54).

O conceito de *habitus* contribui para o entendimento das diferenças encontradas na ‘prática participativa’ dos segmentos representados nos Conselhos de Saúde: gestores e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

O *capital* é “o trabalho acumulado (em sua forma materializada ou 'incorporada', forma personificada), que, quando apropriado de forma particular, ou seja, com base em *agentes* ou grupos de *agentes*, permite-lhes se apropriar da energia social sob a forma de reificação ou trabalho vivo” (59 p. 241), o princípio subjacente às regularidades do mundo social. Assim, entende-se por *capital* o agregado de conhecimento, credenciais, estratégias pessoais ou força para agir que confere valor, vantagens ou poder ao *agente*.

Os *agentes* que ocupam posições próximas no *espaço social* são proprietários de volumes semelhantes de *capital*, ou apresentam entre si deficiência de *capitais* igualmente pequenos, assim, estão propensos às mesmas práticas, têm elevadas possibilidades de encontros físicos e afinidades simbólicas (57).

Destarte, o *agente* age segundo o *capital* incorporado e, ao pertencer ao mesmo *campo*, sua estratégia de ação pode se assemelhar às práticas dos demais *agentes* que estão em posição aproximada, *campo* em que pode ser observada uma regularidade de estratégias, não sendo condição ou regra do *campo*. O afastamento dos *agentes*, por sua vez, indica práticas distintas (6) (57).

A estrutura de distribuição dos diferentes tipos e subtipos de *capital*, a um dado momento do tempo, representa a estrutura do mundo social, o conjunto de restrições, estrutura inscrita na própria realidade desse mundo, que rege o seu funcionamento de forma duradoura,

determinando as chances de sucesso para a prática (59). Em outras palavras, a posição social do *agente* no *campo* é mediada pela relação entre o conjunto das atividades desenvolvidas, e de bens possuídos. Há uma mediação, uma relação de correspondência entre o espaço das classes construídas e o espaço das práticas, entre a estrutura e a ação (6).

Em texto específico sobre as formas de *capital*, Bourdieu (59) aborda e explica os principais tipos, a saber: '*capital econômico*', '*capital cultural*' e '*capital social*'. O autor explica cada um destes, e por serem úteis a este estudo, será relatada uma síntese desses conceitos.

O *capital econômico* é imediata e diretamente convertido em dinheiro e pode ser instituído na forma de direito proprietário. Qualquer outro tipo de capital pode ser convertido em capital econômico (59).

O *capital cultural* pode ser convertido, em certas condições, em *capital econômico* e pode ser instituído na forma de *qualificação educacional*. Esta conversão dependerá do tempo necessário para aquisição de *capital* e de sua transmissão em forma de bem herdado. E sua acumulação dependerá da duração em que a família poderá suprir as necessidades financeiras do *agente*, para este investir na aquisição de *capital*. Este *capital* existe no estado: (i) incorporado, ou seja, na forma das disposições duradouras da mente e do corpo; (ii) objetivado, sob a forma de bens culturais (fotos, livros, dicionários, pinturas, instrumentos, máquinas, monumentos), que são o traço ou a realização de teorias ou críticas dessas teorias, ou problemáticas, etc.; e, (iii) instituído, trata-se de uma forma de objetivação diferenciada, porque, como no caso de qualificações educacionais, conferem propriedades inteiramente originais, um valor constante, sobre o *capital cultural* que presume garantir o reconhecimento do *agente* (59).

Para Bourdieu, o investimento educacional mais importante é a educação doméstica, e o rendimento econômico e social da qualificação acadêmica/escolar depende do *capital social*, mais uma vez herdado, que pode ser usado para apoiá-lo.

A noção *capital cultural* é essencial para entender a tensão que se estabelece nas plenárias de Conselhos de Saúde, por exemplo, entre representantes de usuários e os de profissionais de saúde. Este *capital*, principalmente, que propicia o acesso a determinados conhecimentos e informações torna-se estratégico na construção da argumentação para a defesa de posição.

O *acúmulo* de *capital cultural* no estado incorporado, ou seja, na forma do que se chama cultura, pressupõe um processo de incorporação, que, na medida em que implica um

trabalho de assimilação, custa tempo, tempo que deve ser investido pessoalmente pelo agente. Esse *capital* incorporado, a riqueza externa convertida em uma parte integral da pessoa, em um '*habitus*', não pode ser transmitido instantaneamente (ao contrário do dinheiro, direitos de propriedade, ou até mesmo títulos de nobreza) por doação ou herança, compra ou troca. Pode ser adquirido, em graus variáveis, dependendo do período, da sociedade e da classe social, na ausência de qualquer inculcação deliberada e, portanto, bastante inconsciente. Ela permanece sempre marcada pelas primeiras condições de aquisição que, através das marcas mais ou menos visíveis que deixam (como a pronúncia característica de uma classe ou região), ajudam a determinar o seu valor distintivo. Não pode ser acumulado para além das capacidades de apropriação de um *agente* individual, mas declina e morre com o seu portador (com suas capacidades biológicas, sua memória). Como as condições sociais de sua transmissão e aquisição são mais disfarçadas do que os do *capital* econômico, o *capital cultural* é predisposto a funcionar como *capital simbólico*, ou seja, a ser reconhecido como *capital* e com competência legitimada, como autoridade exercendo um efeito de (des)reconhecimento (59).

Em outras palavras, a divisão dos benefícios que o escasso *capital cultural* assegura em uma sociedade dividida em classes se baseia sobre o fato de que nem todos os *agentes* possuem meios econômicos e culturais para prolongar a educação de seus filhos além do mínimo necessário para a reprodução de uma força de trabalho menos valorizada (59).

Assim, a apropriação de *capital* depende da relação de apropriação entre um *agente* e os recursos objetivamente disponíveis e, portanto, o ganho produzido é mediado pela relação (objetiva e/ou subjetiva) da concorrência entre si e entre os outros *agentes* possuidores do *capital* para os mesmos produtos. A estrutura do *campo*, marcada por uma distribuição desigual do *capital*, é a fonte dos efeitos específicos deste último, ou seja, a apropriação dos ganhos e de poder para impor as leis de funcionamento do *campo* mais favorável ao *capital* e a sua reprodução (59). O grupo dominante é aquele cujo ganho de *capital* deriva de serviços ou produtos de seu próprio *capital* incorporado, ou do uso de um tipo particular de *capital*.

O *capital cultural* incorporado nos meios de produção aumenta (e com ele o período necessário para adquirir os meios de incorporá-lo), assim como também aumenta a força coletiva dos detentores deste tipo de *capital*. Isto ocorre se o grupo dominante do maior volume de um tipo específico de *capital* (*capital econômico*) não for capaz de definir os detentores do *capital cultural* em competição com os outros. Eles tendem a competir mais pelas condições em que são selecionados e treinados (59).

Pressupõe-se que os CSs dos segmentos de profissionais de saúde, detentores de um maior volume de *capital cultural*, tendem a competir mais e enfatizar suas argumentações.

O *capital cultural* no estado objetivado apresenta-se com todas as aparências de um universo autônomo coerente que, embora seja produto da ação histórica, tem suas próprias leis, que transcendem as vontades individuais, e que, como o exemplo da linguagem, permanece irreduzível para que cada *agente* ou grupo se aproprie. No entanto, não se deve esquecer a existência da atividade simbólica e material do *capital* apropriado, utilizado como uma arma e uma participação nas lutas que acontecem no *campo* da produção cultural (o *campo* artístico, *campo* científico), bem como no *campo* das classes sociais, lutas em que os *agentes* exercem forças e obtêm ganhos proporcionais ao grau de *capital* incorporado.

O *capital social*, composto por obrigações sociais (conexões), é convertido, em certas condições em *capital* econômico e pode ser instituído na forma de títulos de nobreza, por exemplo. Corresponde ao conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos instituídas de conhecimento e reconhecimento mútuos, em outras palavras, a participação em um grupo oferece a cada membro, com o apoio do *capital* coletivo, uma credencial que lhes confere direitos e os legitima (59). No caso dos CSs o *capital social* é caracterizado mediante o reconhecimento do CS pela sociedade civil, que lhe confere direitos e visibilidade em meio a esta sociedade.

Estas relações podem existir apenas no estado prático, estado material e/ou de trocas simbólicas que ajudam a mantê-los. Podem ser socialmente instituídas e garantidas pela aplicação de um nome comum (o nome de uma família, uma classe ou de um hospital ou serviço de saúde, etc.) e por um conjunto de ações que foram projetadas para formar e informar simultaneamente aqueles que se submetem a elas. Sendo baseado indissolúvelmente em trocas materiais e simbólicas, a criação e manutenção destas relações são parcialmente irreduzíveis a relações objetivas de proximidade no espaço (geográfica), física ou mesmo no espaço econômico e social. As trocas pressupõem e produzem conhecimento mútuo e reconhecimento, como também reafirmam os limites do grupo. Cada membro do grupo é, assim, instituído como guardião dos limites do grupo: porque a definição dos critérios de entrada está em jogo em cada nova entrada, um membro pode modificar o grupo, modificando os limites da legítima troca por alguma forma de total desarranjo (59).

A mudança sistemática de CSs que ocorre no espaço do Conselho de Saúde pode refletir em transformações nas relações existentes, nas “regras do jogo” definindo novos limites para o grupo.

O volume do *capital social* incorporado depende do tamanho da rede de conexões que o *agente* pode efetivamente mobilizar e do volume de *capital*, seja *econômico*, *cultural* ou *simbólico*, adquirido por direito através daqueles os quais está conectado. A existência de uma rede de conexões não é dada naturalmente, ou mesmo socialmente, e sim constituída por um ato inicial instituído pela definição de genealogia das relações de parentesco, que é a característica de uma formação social (59).

Através das conexões com a entidade e comunidade representada, o CS estabelece uma rede de relações que cresce a medida do seu esforço, relações que podem ter maior volume se a família está inserida num *campo* inter-relacionado ao Conselho de Saúde, seja o *campo político, social, cultural*.

É produto de um esforço, do investimento em estratégias individuais ou coletivas, consciente ou inconsciente, objetivado a estabelecer ou reproduzir relações sociais utilizadas para transformar relações contingentes em relações que são necessárias e eletivas que implicam em obrigações duráveis institucionalmente garantidas (direitos) ou subjetivas (sentimentos de gratidão, respeito, amizade). Seus ritos – muitas vezes erroneamente descritos como ritos de passagem – marcam os momentos essenciais e necessários para produzir e reproduzir relações duradouras e úteis que podem garantir benefícios materiais ou simbólicos (59).

O CS ao acumular *capital social* passa a aumentar a sua visibilidade como representante político, transformando seu papel, e exigido a dar conta das obrigações demandadas a um CS. Uma vez acumulado *capital social*, o CS pode ser convidado a permanecer no espaço do Conselho de Saúde, dando continuidade à prática participativa. Assim, a transição dos mandatos pode ter uma rotatividade reduzida dependente do volume acumulado de *capital social* pelos CSs.

O *capital social* nunca é completamente independente porque as trocas, que institui o reconhecimento mútuo, pressupõem a reconhecimento de um mínimo de homogeneidade objetiva, pois exerce um efeito multiplicador sobre o próprio *capital* possuído (59).

A reprodução do *capital social* pressupõe um esforço incessante de sociabilidade, uma série contínua de trocas. Este trabalho implica no dispêndio de tempo e energia, no investimento em uma competência específica (conhecimento das relações genealógicas e de conexões reais e habilidade em usá-las) em uma disposição adquirida para obter e manter esta competência, parte integrante deste *capital*. Este é um dos fatores que explicam porque a rentabilidade do trabalho de acumulação e manutenção de *capital social* aumenta na

proporção do tamanho do *capital*. Como o *capital social* decorrente de uma relação é maior na medida em que a pessoa é o objeto ricamente dotado de *capital* (especialmente os sociais, mas também cultural e até mesmo o *capital econômico*), os possuidores de um *capital social* herdado, simbolizado por um grande nome, são capazes de transformar todas as relações circunstanciais para ligações duradouras. Eles são procurados pelo seu *capital social* e, porque são bem conhecidos, são dignos de serem conhecidos, conhecidos para as pessoas mais do que sabem, e seu trabalho de sociabilidade, quando é exercido, é altamente produtivo (59).

Cada grupo tem suas formas relativamente instituídas de delegar funções, o que permite concentrar a totalidade do *capital social* – base da existência do grupo – nas mãos de um único *agente* ou um pequeno grupo de *agentes*. Isto se dá a fim de representar o grupo, falar e agir em seu nome e, assim, com o auxílio deste *capital* de propriedade coletiva, exercer um ‘poder’ incomensurável com a contribuição pessoal do *agente* (59). Isto é observado na figura do presidente do Conselho de Saúde, que representa os demais CSs nos momentos de articulação com outros órgãos públicos e ao estabelecer relações com as autoridades gestoras de saúde e sociedade civil.

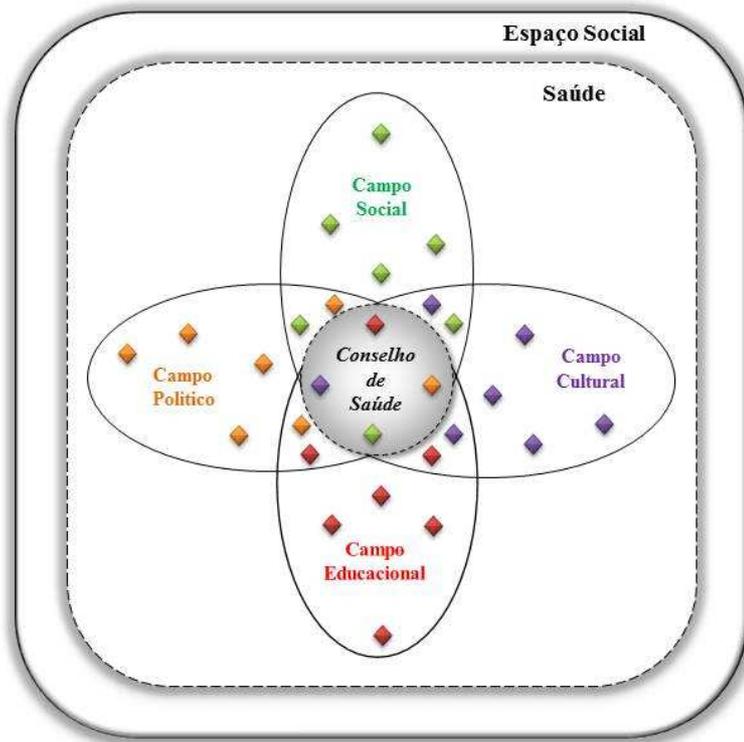
O que está em cena no *espaço social* são *agentes* racionais realizando práticas que reproduzem ou transformam as estruturas sociais. Contudo, essa racionalidade não é o produto de uma razão autoconsciente (capaz de pôr de forma clara e unívoca seus fins e meios), mas “a operação prática do *habitus*, isto é, de esquemas geradores de classificações e de práticas classificáveis que funcionam na prática sem chegar à representação explícita, e que é o produto da incorporação, sob a forma de disposições, de uma posição diferencial no *espaço social*” (6 p. 114).

Esta é uma das principais motivações dos CSs representantes dos usuários, segundo resultado da pesquisa junto ao CMS-CG: transformar o *status quo* do SUS em prol dos interesses que representam, sejam da coletividade em que estão inseridos, sejam das entidades que representam ou mesmo para o núcleo mais próximo de suas relações pessoais.

Ao compreender os conceitos de *campo* e sua relação contígua com os conceitos de *habitus* e *capital* e ao aplicá-los a este estudo, expõe-se, na forma esquemática apresentada na Figura 01 a seguir, a inserção dos CS no *espaço social*. Deste modo, a prática participativa se dá pelas relações entre os *agentes* no *campo*, tendo como *agentes* os Conselheiros de Saúde. A aplicação da teoria aos dados e ao universo deste estudo demonstra que o Conselho de Saúde está interligado a outros subcampos autônomos e conectados, e também inserido em

um *campo* maior, o do SUS. Os *agentes*, os CSs, não estão sozinhos, estão em contato com *agentes* da sociedade civil, indivíduos, grupos e associações comunitárias inseridos em *campos* diversos e específicos.

**Figura 01:** Esquema de inserção do Conselho de Saúde



◇ *Agente:* Conselheiro de Saúde

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2010, adaptado da Teoria de P. Bourdieu.

O Conselho de Saúde se localiza no *espaço social* em uma espécie de intersecção entre os diversos *campos* com os quais se relaciona. O CMS-CG não tem limites fechados, sua fronteira permite a inter-relação de *agentes* dos distintos *campos* e a mudança de posição dos *agentes* nos *campos* e no CMS.

Assim, em referência a Figura 01, uma linha imaginária delimita o *espaço social* permeável, onde os *agentes* se relacionam e atravessam os diversos *campos*. Pressupõe-se que estão presentes também *agentes* outros que não os Conselheiros de Saúde, *agentes* da sociedade civil, *agentes* de outros *campos* que, em intercâmbio, posicionam-se e se reposicionam de acordo com o *capital* incorporado. Os *agentes* em relação permitem uma

troca recíproca de *capital*. Os Conselheiros de Saúde são *agentes* que se subdividem em três segmentos distintos, com o peso e volume dos *capitais* incorporados de forma diferenciada.

Tendo como referência a teoria da prática de Bourdieu, pode-se afirmar que a legitimidade do CS no *campo*, na ‘posição social’ de representante político, é produto da relação entre o contexto social, a história de vida, a história da instituição, as percepções, as aptidões regidas pela aquisição e incorporação de *capital cultural, social, simbólico, educacional e político*. Esta resultante é incorporada no *agente* na forma de *habitus*. *Habitus* que na forma incorporada de *capital* se insere no corpo e mente do *agente* por meio de leis, teorias, informações e as percepções sobre o atual estado da Saúde Pública no espaço em que o CS exerce sua prática participativa, incluindo a habilidade para formular.

Isto posto, os CSs têm sua escolha e ação “automatizadas”, fruto do *habitus*, das ‘regras do jogo’ do *campo* em que está inserido, *habitus* mutável, condicionado a aquisição de *capitais* mais novos em detrimento de outros mais antigos, que podem ser duráveis e nunca mais se modificarem ou podem ser reconstruídos. No espaço do CMS as ‘regras do jogo’ são tradicionalmente regras de um jogo político. O CS tem de apreender as regras e adotar um *habitus* de acordo com o *espaço social* em que se insere – o espaço social do CMS.

No estado incorporado, o *habitus* faz com que o CS escolha aprovar ou não um relatório anual, ou conceder ou não a permissão de abertura de serviço privado de saúde a partir de uma demanda posta pela autoridade gestora. A prática participativa é dada, construída, limitada ou coagida pela lógica do *campo* e da *posição social* ocupada pelo *agente*, o Conselheiro de Saúde.

*O poder simbólico* é o poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não sabem estar sujeito ou mesmo que exercem. O *poder simbólico* que um *agente* exerce e a posição que ele ocupa em um determinado *campo* estão relacionados ao volume de seu *capital* incorporado e ao seu *habitus*. Este poder só é válido quando outro *agente* social é dotado de percepções que o legitimam e o tornam conhecido como óbvios e eficientes. No *campo*, os *agentes* constroem e mantêm relações de força. Para tal, desenvolvem estratégias de lutas simbólicas de acordo com as posições sociais ocupadas (55).

Bourdieu afirma que os *agentes* que estão engajados num *campo* têm interesses fundamentais em comum, e durante a luta simbólica criam acordos entre antagonistas sobre o que merece ser disputado. Os participantes da luta contribuem para reprodução da crença no valor do que está sendo disputado. É, pois, nessa teia simbólica socialmente criada, na qual se

formula as estratégias da batalha pela hegemonia, que agem os CSs – munidos de seu *habitus* que diz respeito “[...] às formas de conhecimento cultural, competências ou disposições, um código internalizado, desigualmente distribuído e fiador dos ganhos de distinção” (6 p. 52).

Segundo a teoria de Bourdieu, o grupo dominante será reconhecido pelo acúmulo de *capital cultural* que foi possível deter durante sua história de vida ou pelo investimento futuro em adquirir mais *capital*. O poder de representação política será proporcional a sua qualificação, sua habilidade em buscar e fornecer informações, mediante seu conhecimento instituído ou a instituir-se.

Desta forma Bourdieu, contribui para a construção de um modelo teórico capaz de explicar as desiguais capacidades de argumentação, as aproximações, os distanciamentos e os conflitos que caracterizam o debate no âmbito dos Conselhos de Saúde, em um complexo contexto no qual se movem os *agentes*, os Conselheiros de Saúde, e se relacionam com autoridades gestoras, usuários do SUS, sociedade civil.

Os conceitos de *campo* e de *capital* constituem o fundamento de análise da prática participativa dos CSs inseridos, essencialmente, num *campo político* em que se infere uma contrapartida entre as estruturas sociais e simbólicas. Os Conselheiros de Saúde por meio da prática participativa devem atender às demandas dos agentes do segmento e/ou entidade que representa, atuação limitada pelas regras do jogo político-institucional ao qual se relaciona.

## 2.2 *Agir comunicativo* por Jürgen Habermas

A teoria de Habermas situa-se em torno do pensamento que a humanidade desenvolve-se na história e emancipa-se através do diálogo, da comunicação, comunicação livre de coação, sociedade livre de dominação (60).

Habermas concorda com Hegel que o processo de formação, que culmina numa identidade racional, dá-se através do emprego de símbolos linguísticos (dar nomes às coisas), da utilização de instrumentos (trabalho), que leva à satisfação de carências e necessidades humanas, à libertação em relação à fome e à fadiga, bem como através do agir voltado para a reciprocidade (interação), que leva à libertação da escravidão e da degradação humana (60).

O *Agir comunicativo* é fundamentado na Ética do Discurso desenvolvido por Habermas e tem como base a Teoria do Desenvolvimento Moral de Lawrence Kohlberg. Esta tem três princípios fundamentais: cognitivismo, universalismo e formalismo.

A maior influência sobre Habermas, segundo Flávio Siebneichler (60) vem do conceito cognitivista de Kant a referir que as questões e conflitos práticos podem ser resolvidos e, neste sentido, consensuados por meio de argumentação.

Habermas, com base no princípio de universalização, propõe a Ética do Discurso prático e dispõe que só tem validade prática as normas aceitas, sem coação, pelos envolvidos como participantes de um discurso que agem segundo esta norma, indivíduos cientes também das consequências sobre seus interesses concretos. Não se atribui apenas ao indivíduo a capacidade de analisar suas ações. Assim, a Ética do Discurso admite o elemento universal de uso da linguagem e que os indivíduos só conseguem individualizar-se através da integração social, da socialização. O discurso prático está ancorado em formas de vida concretas, se inicia em situações concretas nas quais não há consenso sobre normas e interesses comuns. Este pode envolver qualquer um em condições de agir e falar de conteúdos que envolvem normas, valores, intuições e sentimentos focados de uma perspectiva formal, teórico e crítica (60).

A ‘razão comunicativa’ pode ser considerada sinônimo de ‘*agir comunicativo*’, uma vez que a primeira constitui o entendimento racional a ser estabelecido entre participantes de um processo de comunicação que se dá sempre através da linguagem, os quais podem estar voltados, de modo geral, para a compreensão de fatos do mundo objetivo, de normas e de instituições sociais ou da própria noção de subjetividade. Pode se apresentar como formador

de vontade ao ponto de garantir a correção ou lealdade de qualquer acordo apoiado em normas (60).

Para Habermas, “a modernidade inventou o conceito de razão prática como faculdade subjetiva” e “sugere a ideia de que os indivíduos pertencem à sociedade como os membros de uma coletividade ou como parte de um todo que se constitui através da ligação de suas partes” (61 p. 17). A razão prática pode se referir tanto à autonomia do indivíduo quanto à liberdade do homem enquanto ‘sujeito privado’, podendo assumir os papéis de membro da sociedade civil, do Estado e cidadão do mundo (61).

Para Hegel, referenciado por Habermas, “a razão prática pretendia orientar indivíduo em seu agir e o direito natural devia configurar normativamente a única e correta ordem política e social” (61 p. 19). Num caminho a negar a obrigatoriedade da força que os fatos detêm ou do significado da perspectiva dos sujeitos, Habermas substitui a razão prática pela razão comunicativa para inferir a teoria do *agir comunicativo* (61).

A razão comunicativa, diferente da razão prática, não está circunscrita a um ator singular ou a um macrossujeito político. Esta é possibilitada e estruturada pelas interações mediadas pela linguagem, propondo uma ligação entre a razão e a prática social, ou seja, a prática comunicativa cotidiana, que possibilita processos de aprendizagem. No entanto, a razão comunicativa é incapaz de dizer aos atores o que fazer, ou ser fonte de normas do agir. O conteúdo normativo deste conceito implica em empreender idealizações, formar conceitos e juízos, ora atribuindo significado idêntico a proposições, tal qual um consenso de ideias entre atores, ora como forma de coação fraca do outro, ora pretendendo uma validade das próprias falas e argumentações (61). A razão comunicativa é a comunicação voltada ao entendimento e ao consenso (60).

É neste sentido que este conceito torna-se útil para o entendimento dos processos dialógicos que se estabelecem tanto no decorrer das reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde, em especial do CMS-CG, quanto no estabelecimento de alianças.

O conceito de razão comunicativa conduz “a reconstrução de discursos formadores de opinião e preparadores de decisão, no qual está embutido o poder democrático exercitado conforme o direito” (61 p. 21).

Nessa perspectiva, as formas de comunicação da formação política da vontade no Estado de direito, da legislação e da jurisprudência, aparecem como partes de um processo mais amplo de racionalização dos mundos da vida de sociedades modernas pressionadas pelos imperativos sistêmicos. Tal

reconstrução coloca-nos nas mãos uma medida crítica que permite julgar as práticas de uma realidade constitucional intransparente (61 p. 22).

Teorias contemporâneas do direito e da democracia tomam como “ponto de partida a força social integradora de processos de entendimento não violentos, racionalmente motivadores, capazes de salvaguardar distâncias e diferenças reconhecidas, na base de manutenção de uma comunhão de convicções” (61 p. 22).

De tal modo, a teoria do *agir comunicativo* serve “a objetivos descritivos de reconstrução de estruturas da competência e da consciência, possibilitando a conexão com modos de ver funcionais e com explicações empíricas” (61 pp. 25-26). A teoria do *agir comunicativo* tenta: assimilar a tensão presente entre a facticidade e a validade, que se introduz no modo de coordenar a ação e coloca exigências elevadas para manutenção de ordens sociais; preserva um nexos interno entre sociedade e razão, entre circunscrições e coerções pelas quais transcorre a reprodução da vida social; não abandona a ideia de uma condução consciente da vida mantendo aberto o acesso ao fundo de intuições cotidianas do leigo (61).

O ‘*agir comunicativo*’ trata, dito de maneira simplificada, do agir racional em meio a contextos comunicativos de interações orientadas para um fim, levando em conta que a comunicação constitui uma ação social. A constituição deste se dá por meio de atos de fala que tenha uma validade criticável. A própria orientação racional da ação é uma realização do sujeito, como também uma comunicação intersubjetiva. O conceito de *agir comunicativo* pressupõe o uso da linguagem e o entendimento linguístico como mediador/mecanismo da coordenação da ação de diferentes *agentes* (60). Assim, o *agente* orienta seu agir a partir das pretensões de validade de suas proposições/argumentos para construção e manutenção da ordem social (61). Esta validade pode ter uma força de modo a efetivar um ato de coordenação ou de consenso (60).

Para produzir o efeito de integrar a ação e intenção de vários atores diferentes num *campo* de relações menos conflituosas surgem padrões de comportamento e de ordem social em geral, denominado por Habermas como o conteúdo normativo do ‘*agir comunicativo*’. Nesta concepção, a linguagem funciona como meio transmissor de informações.

As ações comunicativas são classificadas de acordo com os tipos de fala: constativo, regulativo ou expressivo. O tipo constativo trata da conversação. O tipo regulativo se dá quando a ação social é comandada por normas. E o expressivo trata de ações dramáticas (60).

Os pensamentos, por sua vez, vão além do limite de uma consciência individual, e seu conteúdo independe da relação com as experiências do *agente*. Os pensamentos articulam-se através de proposições sendo parte de uma linguagem que pode ter o mesmo significado para *agentes* distintos, em meio à variedade de suas realizações linguísticas.

Na prática, os membros de uma determinada comunidade de linguagem têm de supor que falantes e ouvintes podem compreender uma expressão gramatical de modo idêntico. Eles supõem que as mesmas expressões conservam o mesmo significado na variedade de situações e dos atos da fala nos quais são empregadas (61 p. 29).

Sujeitos pensantes e falantes podem tomar uma posição em relação a qualquer pensamento, mas para isso é necessário o ato de apreciação crítica, e somente quando traduzido em uma proposição expressam um fato. A avaliação de um pensamento ou de um sentido assertórico de uma proposição anunciada coloca em jogo a validade do juízo ou da frase e, com isso, um novo momento de idealidade (61 pp. 29-30).

O mundo como síntese de possíveis fatos só se constitui para uma comunidade de interpretação, cujos membros se entendem entre si sobre algo no mundo, no interior de um mundo da vida compartilhado intersubjetivamente. ‘Real’ é o que pode ser representado em proposições verdadeiras, ao passo que verdadeiro pode ser explicado a partir da pretensão que é levantada por um em relação ao outro no momento em que assevera uma proposição. Com o sentido assertórico de sua afirmação, um falante levanta a pretensão, criticável, à validade da proposição proferida: e como ninguém dispõe diretamente de condições de validade que não sejam interpretadas, a ‘validade’ tem de ser entendida epistemicamente como ‘validade que se mostra para nós’. A justificada pretensão de verdade para um proponente deve ser defensável, através de argumentos contra objeções de possíveis oponentes, e no final, deve poder contar com um acordo racional da comunidade de interpretação em geral (61 p. 32).

Isto posto, entende-se que para Habermas as argumentações são parte do pensamento que é proferido. É resultado de uma avaliação crítica de informações obtidas e incorporadas que possui pretensões de validade. A fala detém a força de uma ação que assume o papel de coordenar as escolhas, as tomadas de posição, conduzindo os *agentes* a negociar interpretações de proposições comuns e harmonizar entre si seus planos de ação através de processos de entendimento. Em outra dimensão, a fala pode levantar pretensões de validade criticáveis em que os *agentes* constatarem os dissensos que serão levados em conta durante o decorrer da ação. “A coordenação da ação refere-se à influência recíproca de *agentes* que atuam uns sobre outros de modo funcional” (61 p. 36). Daí a importância deste pensamento para ajudar a compreender a relação da informação para a prática participativa do CS.

Os participantes da ação têm de supor que são capazes de orientar seu agir por pretensões de validade. Se esta perspectiva de racionalidade se mostra falsa, os participantes passam do enfoque performativo para o objetivador.

Quando os participantes suspendem o enfoque objetivador de um observador e de um *agente* interessado imediatamente no próprio sucesso e passam a adotar o enfoque performativo de um falante que deseja entender-se com uma segunda pessoa sobre algo no mundo, as energias de ligação da linguagem podem ser mobilizadas para a coordenação de planos de ação. Sob essa condição, ofertas de atos de fala podem visar um efeito de coordenação da ação, pois da resposta afirmativa do destinatário a uma oferta séria resultam obrigações que se tornam relevantes para as consequências da interação (61 p. 36).

Segundo Habermas, esta tensão entre a facticidade e a validade também pode ser detectada nos pressupostos de diferentes tipos de argumentação, de atos de fala singulares, e de contextos de interação por eles conectados. A teoria do direito positivo contribui para a teoria do *agir comunicativo* no sentido de realizar a função de estabilizar a tensão. A realidade social, as instituições que surgem naturalmente e o direito devem manter estáveis as instabilidades de um tipo de socialização que se realiza através das tomadas de posição. Ainda assim, as proposições são admitidas factualmente pelos participantes como válidas no momento em que desejam entrar na discussão para afirmar ou contestar a verdade desta proposição (62).

O mundo da vida pela qual as instituições são uma parte, manifesta-se como um complexo de tradições entrelaçadas, de ordens legítimas e de identidades pessoais – tudo reproduzido pelo *agir comunicativo*. A teoria antropológica das instituições, de Arnold Gehlen, focaliza o fenômeno de um consenso normativo originário, que pode ser diferenciado analiticamente das certezas do mundo da vida. Pois esse acordo refere-se especialmente a expectativas de comportamento, as quais, apesar de estarem amarradas profundamente a instituições, podem ser transmitidas e exercitadas culturalmente como saber explícito (61 p. 42).

Corroborando com Habermas ao indicar que a teoria do direito, direito positivo, não se limita a uma questão meramente normativa, como postula convencionalmente a filosofia política e filosofia do direito (61), este estudo entende que o direito à saúde contribui para o rompimento com a visão de que a prática participativa é reduzida ao cumprimento de normas,

leis e decretos. Adota a interpretação baseada na teoria do *agir comunicativo* que tem como princípios: a (i) justiça, o respeito e a liberdade aos direitos dos indivíduos; (ii) a solidariedade entre os indivíduos que pertencem a uma mesma comunidade, em torno do (iii) bem comum (60).

O ponto comum verificado entre Bourdieu e Habermas, tendo como foco de análise a prática participativa de Conselheiros de Saúde em seu processo de tomada de decisão reside: para Bourdieu, o *campo* interfere no *agente* que pode ter sua ação pautada pela imposição deste *campo* em seu modo de agir, de modo que nem todas as situações são racionalizadas em torno da resposta de como agir; para Habermas há outras questões que considerar além do uso da consciência ou da razão para reger ações e discursos proferidos em espaços autorizados de decisão política. Ambos os autores aproximam suas teorias ao tratar a ‘ação social’ como objeto cuja variável pode incluir ou não o processo racional, o nível cognitivo, a influência da história de vida embutida no processo de agir.

### **2.3 Relações de Conflito por Ralph Darhendorf**

O conflito cria a tensão necessária para impulsionar: o debate em torno de determinada questão, o diálogo, o raciocínio sobre os possíveis caminhos práticos a se tomar, soluções ou acordos a serem alcançados. Nesse sentido, o conflito evidencia seu aspecto positivo.

A dualidade das relações sociais caracteriza o conflito, a luta que se movimenta ao longo de pares díspares, entre relações de divergências e desagregações ao dissenso, de cooperação ao consenso (13).

De início, o conflito orienta o olhar para a tensão entre as partes, entretanto indica o caminho da integração (servem a uma função integradora). No entanto, o conflito só existe na presença de características ou objetivos comuns, em *agentes* pertencentes a um mesmo *campo*. “O sentido e o efeito dos conflitos sociais realizam-se ao manterem e fomentarem a evolução das sociedades, nas suas partes e no seu conjunto. Os conflitos são indispensáveis, como um fator do processo universal da mudança social.” É energia criadora! “As sociedades não formam conjuntos harmônicos e equilibrados, mas sempre incluem também diferenças entre grupos, com valores e expectativas inconciliáveis” (13 p. 76)

### **3. Os Conselheiros de Saúde do município de Campina Grande: competências normatizadas e representação política**

O objetivo do presente capítulo é discutir o exercício da representação política enquanto dimensão que confere densidade à prática participativa dos Conselheiros de Saúde do município de Campina Grande. Parte do pressuposto que esta atuação é expressa de acordo com a perspectiva de suas histórias de vida, tem competências definidas e influenciadas pelo estabelecido na norma vigente e, fundamentalmente, trata de uma prática participativa construída e qualificada pelos *agentes* na medida em que se relacionam nos *campos*, agem segundo as interações mediadas pela linguagem e pela incorporação de *capital*.

De acordo com pesquisa bibliográfica, são escassos artigos publicados no Brasil contendo estudos realizados em conselhos estaduais de saúde, com a maioria tratando de estudos de casos de conselhos municipais de saúde, porém essencialmente com enfoque no segmento dos usuários (3; 63; 5). A presente pesquisa, por sua vez, procura incluir a perspectiva dos segmentos distintos de CSs buscando identificar possíveis aproximações ou diferenças em sua atuação. Deste modo, apresenta-se o perfil dos conselheiros entrevistados, suas perspectivas acerca do papel como representante político que desempenham frente: ao Conselho de Saúde, à entidade representada e às autoridades de saúde e sua inserção na sociedade civil. Pretende-se discutir a possibilidade de exercer efetivamente a representação política a partir do *capital social* incorporado e instituído.

Os Conselheiros de Saúde são *agentes autorizados* a defender os interesses coletivos nas três esferas de governo. São representantes políticos dos cidadãos a partir de entidades representativas eleitas em plenária específica para tal fim. Fazem parte do quadro: de profissionais dos estabelecimentos de saúde – compondo 25% dos assentos no CMS-CG, de gestores da política de saúde ou prestadores de serviços – outros 25% dos assentos no CMS-CG; e, usuários do sistema de saúde distribuídos em 50% dos CSs (64). Suas competências foram inicialmente definidas na Resolução nº 33/1992 do CNS (65), procurando estimular o efetivo funcionamento e garantir a representação dos usuários (1; 5).

Na Resolução nº 33/1992 (65), o Conselho de Saúde é definido, na esfera municipal, como uma instituição integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde. Esta resolução indica a composição, a saber, o número médio de membros do Conselho de Saúde, a paridade dos segmentos representados, as entidades que podem ser incluídas. No tocante à estrutura, a resolução regulamenta que: a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve dar

suporte administrativo, técnico e garantir dotação orçamentária; indica a periodicidade das reuniões e mandatos; e a criação do regimento interno para determinar questões inclusive relativas à perda do mandato por faltas não justificadas às reuniões ordinárias e situações de suplência.

A Resolução nº 33/1992 do CNS (65) foi revogada em 2003, através da Resolução nº 333/2003 do CNS (10), atualmente em vigor, cuja representação e competências dos CSs foram detalhadas e ampliadas. Van Stralen *et al.* (3), ao realizar estudos em 9 municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul com objetivo de verificar a efetiva participação na gestão de políticas de saúde, com o foco de análise sobre o formato institucional, traçam um comparativo de ambas as resoluções. Enfatizam que a Resolução nº 333/2003 avança no sentido de fortalecer a representatividade dos conselhos tanto com o aumento do número de entidades que podem ser representadas, como ao garantir dotação orçamentária própria.

A Resolução nº 333/2003 do CNS dispõe sobre: o processo de indicação e eleição dos CSs, que deve ser realizado pelas entidades através de fórum ou processo independente de nomeação, com possibilidade de modificação das representações por meio de aplicação de regimento interno; o mandato, permitindo a reeleição; o papel do CS como representante da sociedade civil; a relevância pública de seu papel, sendo assim dispensado por lei para participação nas atividades do Conselho de Saúde (10). Para estimular o seu efetivo funcionamento, recomenda reuniões pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos conselhos (65) (3).

As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos, deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento (10).

Optou-se, no presente estudo, por utilizar como método o ‘estudo de caso’, uma vez que este se trata de “uma investigação empírica que investiga o fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (66 p. 32). O estudo de caso abrange a lógica de planejamento da pesquisa, técnicas de coleta de dados e abordagens específicas de análise dos

mesmos. Podem ser incluídas evidências quantitativas e qualitativas, e ficar limitados a uma ou outra, e não exige controle sobre eventos comportamentais (66).

A escolha deste método levou em consideração a questão de pesquisa proposta do tipo ‘como’, realizada acerca de um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual há pouco ou nenhum controle (66). Neste estudo a questão motivadora da pesquisa é: Como se dá a prática participativa no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande na perspectiva do indivíduo com sua história de vida no exercício de representação política?

Trata-se de estudo *quanti-qualitativo*. Sendo assim, vale citar, conforme Minayo e Sanches (67 p. 244), uma das apreciações sobre a abordagem qualitativa, na qual esta: “realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”. Ao aplicar esta apreciação qualitativa sobre o presente estudo tem-se como sujeito os conselheiros municipais de saúde e como objeto, a prática participativa, em outras palavras, a temática da participação social nos Conselhos de Saúde. Na esfera qualitativa, este estudo será do tipo *analítico* e *descritivo*, pois objetiva obter, dimensionar, delinear e examinar criticamente as informações fornecidas pelos *agentes* a partir da interpretação do universo de pesquisa escolhido, ao compreendê-lo e explicá-lo, ante o encontro da objetividade com as intersubjetividades.

### 3.1 Universo e Amostra

Em estudo sobre a participação social no Nordeste, utilizado como referência para a seleção do estudo de caso, constata-se que “a efetividade das instituições participativas varia de acordo com uma tradição política anterior de participação, que varia de estado para estado” (68 p. 26). Este aponta três quesitos que indicam a qualidade do processo deliberativo (68):

- (I) a presença de comissões específicas no interior dos conselhos. Estas comissões cumprem o papel de transformar os participantes nos conselhos de meros ratificadores de propostas do governo em elaboradores de políticas específicas;
- (II) a maneira como o presidente do conselho é eleito, ou seja, se ele é indicado pelo secretário [...] ou é eleito em plenária por todos os membros do conselho;
- (III) finalmente se o conselho é presidido pelo governo ou sociedade civil (68 pp. 33-34).

A delimitação do universo, o CMS-CG, sucedeu ao levantamento das características dos Conselhos de Saúde brasileiros. Informações diversas no que concerne aos Conselhos de Saúde no país foram pesquisadas por Marcelo Rasga e Sarah Escorel (69), os quais criaram uma base de dados eletrônica acerca de todos os Conselhos de Saúde do Brasil. Nesta pesquisa foi traçado o perfil dos Conselhos de Saúde. Para isso, foram determinados índices e indicadores, bem como escores de classificação, (a saber: incipiente, com dificuldade, bom e ótimo), a fim de: “I) viabilizar a comparação, monitoramento e avaliação dos CMS; II) apontar, tanto para os próprios Conselhos como para o poder público, as lacunas e dificuldades enfrentadas pelos CMS; e III) gerar evidências que subsidiem ações/programas/políticas públicas de apoio aos Conselhos de Saúde, à participação e ao controle social”.

Sendo assim, com base na pesquisa citada anteriormente (69), foi possível coletar informações e escores acerca do CMS-CG, criado em 1990, selecionado como o *caso* a ser estudado, por: (i) estar em pleno funcionamento desde a época de sua implantação; (ii) ter ‘bom’ índice de adequação a resolução número 333/2003 do CNS e ótimo índice de democratização; (iii) ter o presidente do conselho sido eleito em plenária e pertencer ao segmento dos usuários; (iv) elaborar seu próprio plano de trabalho, contando com comissões permanentes para apoiar as decisões plenárias, (v) tendo suas deliberações sido cumpridas durante a gestão iniciada em 02/2004, apesar de não possuir dotação orçamentária própria ou autonomia para gerenciar seu orçamento; (vi) discutir, quando na realização da coleta de dados em 2004, temas como a “Política e Plano Municipal de Saúde”, “Projetos de gestão”, “Prestação de Contas”, sendo este último considerado um tema polêmico num município em que a população possui direito a voz (69). Tal fato pode indicar a capacidade de argumentação e deliberação por parte dos conselheiros também na formulação das políticas e programas de saúde.

O município de Campina Grande é também considerado uma referência regional para os municípios vizinhos por ser fonte de informação e colaboração para construção de conselhos municipais de saúde das cidades adjacentes e do interior do Estado. É dotado também de Conselhos de Saúde Locais, espaços inframunicipais do CMS-CG localizados em comunidades do município.

Na primeira visita ao *campo*, em julho de 2009, o CMS-CG era composto por um total de 36 Conselheiros de Saúde, sendo 18 titulares e 18 suplentes dos três segmentos. O CMS-CG possuía representantes de 18 entidades listadas no quadro que segue:

**Quadro 01:** Composição do CMS-CG – Entidades representativas

<b>Segmento social (Lei Municipal 2886 de 05/05/1994)</b>	<b>Entidade Escolhida</b>
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Secretaria de Saúde de Campina Grande (Titular e suplente)
Núcleo Regional de Saúde	Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) 3º Núcleo de Saúde
Poder Legislativo Municipal	Câmara de Vereadores (Titular e suplente)
Prestador de Serviços de Saúde Público	Hospital Regional de Urgência e Emergência Hospital Universitário Alcides Carneiro
Hospital Filantrópico	Hospital da FAP Hospital Pedro I
Prestador de Serviço de Saúde Privado	Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde Associação Paraibana de Hospitais
Entidades Profissionais de Saúde	SESSA-AB SINDAVAS-PB
Entidades Profissionais de Saúde	Conselho Regional de Enfermagem CREFITO
Trabalhador em Estabelecimento de Serviço de Saúde	Sindicato Odontológico ARCOSA
Entidades de Empresários	Associação Comercial de Campina Grande Câmara dos Dirigentes Lojistas
Centrais Sindicais	Central Única dos Trabalhadores (CUT) (Titular e suplente)
Sindicato de Trabalhadores Rurais	Sindicato dos Trabalhadores Rurais Sindicato dos Trabalhadores Rurais sem terra
Associação dos Moradores	Coordenação do Clube de Mães UCES
Entidade dos Portadores de Deficiência ou Doenças Crônicas	APAE Associação dos Diabéticos
Movimentos ligados à Igreja	Igreja Católica (Pastoral da Saúde) Ordem dos Ministros Evangélicos
Entidades da Terceira Idade	Associação dos Aposentados da Paraíba São Vicente de Paula
Movimentos Comunitários Organizados	Fórum Popular da Saúde (Titular e suplente)
Entidades de Defesa dos Direitos Humanos	Grupo de Apoio a Vida Centro de Defesa dos Direitos Humanos

 Segmento dos Gestores       Segmento dos Profissionais de Saúde       Segmento dos Usuários

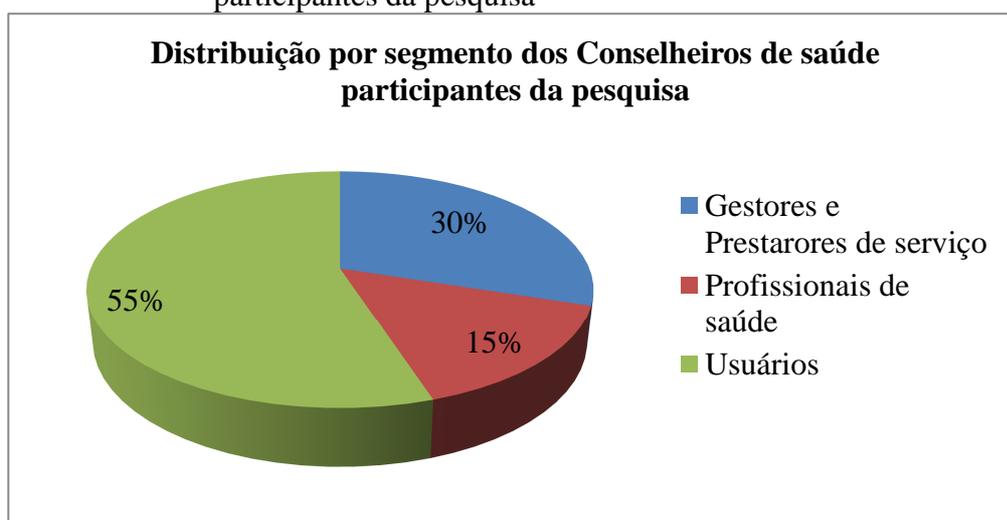
**Fonte:** Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande, 2010.

Na segunda visita, em agosto e setembro de 2010, houve mudanças na composição do referido conselho reduzindo o total de 36 para 30 Conselheiros de Saúde. Dos seis CSs excluídos, dois eram o titular e o representante da Câmara Municipal de Vereadores do

município. Isto ocorreu após discussão no CMS-CG se esta instituição deveria ocupar assentos no conselho, sendo decidida a não permanência desta. O terceiro CS excluído foi o secretário de saúde em exercício que estava de licença médica, CS suplente da SMS – do segmento dos gestores, permanecendo o titular, diretor de planejamento e regulação dos serviços de saúde da SMS-CG. Os outros três CSs excluídos eram do segmento dos usuários representantes da Câmara de Dirigentes Lojistas (CDL) e da CUT, e representante da Associação Paraibana dos Hospitais, entidades que, no momento, ou estavam sem representantes ou solicitando outros.

Desta forma, o universo de 30 CS foi definido por acessibilidade, constituído por 20 CS além da secretária executiva do CMS-CG, totalizando 21 sujeitos. A distribuição, conforme demonstrado no gráfico 01, por segmento dos 20 conselheiros que participaram do estudo é: 6 CSs (30%) pertencentes ao segmento dos gestores, 3 CSs (15%) do segmento dos profissionais de saúde e 11 (55%) dos segmentos dos usuários. De todo o universo, 10 CS não participaram do estudo, a saber: 1 CS se recusou a participar da pesquisa, 4 CS tinham viagem programada, por motivo pessoal, de trabalho ou a participação em congressos, e os 5 demais CS demonstraram interesse em participar da pesquisa, tentaram um agenda, mas foi incompatível com as demais atividades profissionais.

**Gráfico 01:** Distribuição por segmento dos Conselheiros de Saúde participantes da pesquisa



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2010.

Ser CS é um trabalho voluntário, desempenhado a partir da distribuição do tempo entre esta função e a agenda profissional e pessoal. Isto implicou em que as entrevistas fossem

realizadas na melhor disponibilidade de local e horário de cada sujeito, caracterizando uma limitação ao estudo. Portanto, a maioria dos encontros com os CS ocorreu no ambiente de trabalho ou na residência dos mesmos. O encontro com os sujeitos da pesquisa foi inicialmente planejado para ocorrer no espaço do auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande, o que ocorre com alguns conselheiros após plenária.

### **3.2 Procedimentos de Coleta de Dados: Fontes, Instrumentos e Técnicas de Pesquisa**

A pesquisa de *campo* ocorreu em dois momentos. O primeiro, realizada em julho de 2009, teve como fim o levantar informações gerais para o planejamento do estudo, a apresentação do projeto da pesquisa e o pedido de autorização ao CMS-CG para realizar do estudo. Logo na primeira visita, ficou evidente o apoio da instituição, representada pelo presidente do CMS-CG, à execução do estudo.

Dados iniciais foram fornecidos neste primeiro momento, citado anteriormente, a saber: o histórico do CMS-CG; a data de início do mandato em vigor, composição do Conselho de Saúde; documentos concernentes à implantação do conselho em questão.

Na segunda visita ao CMS-CG, concluiu-se a pesquisa de *campo*, momento no qual foram aplicadas as técnicas de pesquisa planejadas em associação aos seus respectivos instrumentos de coleta de dados. Os dados foram coletados durante o período de agosto e setembro de 2010, após parecer favorável à realização da pesquisa emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), conforme protocolo nº102/10 (Anexo 1), e atendendo à resolução número 196/96 do Ministério da Saúde (70).

A pesquisa de *campo* foi composta pelas seguintes técnicas de pesquisa: observação e gravação digital de reuniões plenárias, além das anotações registradas no diário de *campo*; realização de entrevistas com os sujeitos da amostra registradas em gravador digital; e levantamento dos documentos pertinentes a instituição e funcionamento do CMS-CG.

Assim, foram utilizadas fontes primárias e secundárias a fim de responder às questões suscitadas no estudo e explicitadas na introdução. As fontes primárias utilizadas resultaram do uso dos seguintes instrumentos de coleta de dados: roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndices B e C) fornecendo dados provenientes dos CS e da secretária executiva do CMS-CG das reuniões plenárias, cuja transcrição integrou o material utilizado

para produção desta dissertação; e o diário de *campo* realizado durante observação das plenárias, por meio de um roteiro de observação (Apêndice D).

As fontes secundárias consistiram em documentos do referido CMS, a saber: as atas de reunião das plenárias desde o início do mandato vigente, datado de abril de 2009, marco regulatório do CMS-CG, relatórios das comissões temáticas, informes, leis municipais.

A sistematização da pesquisa bibliográfica se deu com base em livros, teses e dissertações e artigos essencialmente nacionais, uma vez que a ‘participação social’ analisada sobre a ótica dos Conselhos de Saúde aponta características distintas de outros processos de controle social em outros países. Para tal fim, a busca foi realizada entre os anos de 2008 a 2010 no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Scielo, utilizando os descritores: ‘participação social’, ‘participação comunitária’, ‘participação popular’, ‘representação política’, ‘Conselhos de Saúde’, ‘reforma sanitária’, ‘direito à saúde’, ‘conflito’, ‘teoria da informação’, ‘acesso à informação’. A busca também foi realizada na biblioteca de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O refinamento da busca se deu a partir da leitura dos títulos e resumos dos artigos levantados.

A característica marcante desta pesquisa bibliográfica foi a de aproximação, quer pelo título e assunto do artigo, quer pela busca dos autores de referência da área temática em estudo. Ao almejar o aprofundamento destes temas e diante de sua interdisciplinaridade, houve a preocupação com a busca bibliográfica e autores de diversas áreas do saber, como: Política Pública, Ciência da Informação, Ciência Política, Ciência Social e, como eixo central, a aplicação destas áreas no setor da Saúde.

Na ocasião da primeira visita ao *campo*, a composição total do CMS-CG distribuía-se entre os segmentos da seguinte forma: 50% usuários, 33,34% gestores e prestadores de serviços, e 16,67% profissionais de saúde. O que vai de encontro à proporcionalidade definida pela norma: 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% gestores. Na segunda visita ao *campo*, observam-se alterações na composição do CMS-CG no sentido de fazer cumprir o disposto na Resolução nº 333/2003. O poder legislativo perdeu assento uma vez que o artigo 7 da terceira diretriz da Resolução nº 333/2003 indica que o Poder legislativo e Judiciário possuem independência não cabendo sua participação nos Conselhos de Saúde. Outros membros se desligaram do CMS, desta forma a proporcionalidade entre os segmentos do CMS-CG aproxima-se do proposto na resolução passando a: 50% usuários, 30% gestores e prestadores de serviço e 20% profissionais de saúde.

Soraya Côrtes explica que “as normas estabelecidas em lei ou por decisões administrativas [...] evidenciam o desejo de mudança do legislador ou formulador da norma” (27 p. 21), mas a maneira como se estabelecem as relações sociais e o processo de decisão envolve também a análise de outros condicionantes normativos, não só legal e administrativo. É importante considerar a permanência ou modificação de regras tradicionais de ação e relação entre os *agentes* participantes do processo decisório.

Neste estudo a análise dos dados, apoiada pela elucidação de Côrtes (27), leva em consideração os condicionantes legais e administrativos, os normativos no sentido proposto por Habermas (61) (60), e os sociais com base no marco teórico de Bourdieu (6) (59) (55) (7). Deste modo, inicialmente faz-se uma breve apreciação sob o ponto de vista dos condicionantes legais e administrativos, para, em seguida, proceder com olhar sobre os demais condicionantes normativos e sociais.

O Estado põe em prática as decisões políticas utilizando como instrumento a administração pública. O Conselho de Saúde trata-se de um espaço que integra a administração pública, como parte da estrutura do Ministério da Saúde, no processo decisório das políticas de saúde.

Os poderes e deveres do administrador público são expressos em leis para conformar os interesses da coletividade. A lei impõe o seu poder normativo aos indivíduos e ao próprio Estado e estabelecem relações de administração de interesse direto e imediato. Vale citar a definição de lei proposta por Deocleciano Guimarães:

Norma jurídica escrita, permanente, emanada do Poder Público competente com caráter de generalidade, porque se aplica a todos, e de obrigatoriedade, porque a todos obriga. Diz-se escrita, porque é apresentada em projeto, debatida, emendada, sancionada, promulgada e publicada e só após sua publicação no órgão oficial é que se torna obrigatória (71 pp. 380-381).

Por sua vez, “as resoluções são atos administrativos normativos expedidos por altas autoridades do poder Executivo ou por órgãos colegiados administrativos”, como o Conselho de Saúde, para explicitar a norma legal observada, estabelecer regras gerais e abstratas de conduta, possuindo a mesmo poder normatizador da lei (72).

A criação de um Conselho de Saúde deve ser estabelecida em lei estadual, municipal ou federal com base na Lei nº 8142/1990 (10), e pelo poder de lei sua criação é imposta. A resolução se equipara ao poder da lei atribuindo as mesmas prerrogativas legais.

A composição do conselho, ao estar orientada por uma resolução, deve seguir os preceitos contidos nesta, situação não observada no CMS-CG, porém com tendência a evoluir para o cumprimento dos preceitos contidos na resolução. O CMS-CG foi criado em 25 de setembro de 1990 mediante o Decreto nº 1.951 da Prefeitura Municipal de Campina Grande, cuja composição é detalhada e compreende representantes de órgãos públicos e da sociedade civil, incluindo neste segmento representantes dos profissionais de saúde. Nesta portaria as entidades são especificadas.

A composição é revogada em 05 de maio de 1994, por meio da Lei municipal nº 2.886, dois anos após a Resolução nº 33/1992 do CNS entrar em vigor. As representações são generalizadas por tipo de entidade de acordo com o princípio de paridade e distribuição dos segmentos, semelhante ao disposto na Resolução nº 33/1992. No entanto, é acrescentado um membro do poder legislativo ao quadro de componentes do CMS-CG, que não se encontra referido nesta última, embora esta resolução não exclua a participação no conselho, o que só acontece com a resolução nº 333/2003.

Segundo pesquisa realizada por Marcelo Rasga e Sarah Escorel em 2006 (69), o CMS-CG possui sede, linha telefônica, dispõe de computador e acesso à Internet. Conta com uma secretária executiva, não possui mesa diretora ou equipe de apoio administrativo. O Presidente do Conselho, representando o segmento dos usuários, foi eleito na gestão que teve início em fevereiro de 2004. Os conselheiros exercem mandatos de 3 anos, podendo ser reconduzidos por vários mandatos. Estes participam de comissões permanentes, não possuem grupos de trabalho e elaboram seu próprio plano de trabalho. As reuniões ordinárias do conselho, cujas datas e locais são divulgadas para a população, têm periodicidade mensal e são abertas à população, que tem direito à voz. As atas das reuniões estão disponíveis para consulta pública. Financeiramente, o conselho não possui dotação orçamentária própria, não elabora seu orçamento e não tem autonomia para gerenciá-lo.

O presente estudo teve os dados coletados em 2010, momento em que foi possível agregar informações que permitem realizar uma comparação com o perfil traçado por Rasga e Escorel em 2006 e explicitar os avanços e conquistas alcançados. As principais conquistas observadas em um período longo de tempo foram relatadas pela secretária executiva que acompanhou a evolução do CMS-CG, uma vez que foi nomeada para o cargo desde a implantação em 1990.

Ao verificar o direcionamento do CMS-CG, no sentido de cumprir a norma vigente e de se desenvolver como órgão que luta pela democratização do acesso aos serviços e da

gestão em saúde, indaga-se: o exercício de representação política do CSs de Campina Grande é condicionado pelo acúmulo de *capital social*? Como o *capital social* dos representantes das entidades que se mantêm no CMS-CG influencia nesta composição? Que outros elementos podem contribuir para o avanço no desempenho do papel de representante político?

Seguem, ao longo deste capítulo, os resultados mais relevantes que respondem as estas questões.

### 3.3 O CMS-CG e seus Conselheiros de Saúde

No que diz respeito à estrutura física e equipamentos, a sede própria do CMS-CG, como relatado na pesquisa de Rasga e Escorel (69), já existia. Foi cedida, mas funcionava com estrutura precária, oferecendo péssimas condições de trabalho ao CMS-CG. Em setembro de 2010, completou um ano que a sede do CMS-CG conquistou espaço físico próprio, apesar de construído dentro do espaço da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMS-CG). Este conta com: duas estações de trabalho destinadas a secretária executiva e ao presidente do conselho; uma mesa de reunião armários, dois computadores com acesso a internet e impressora, uma televisão, uma linha telefônica. O mobiliário foi doado pela SMS-CG, juntamente com um dos computadores e com a TV. O segundo computador foi doação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, como parte de um programa federal de apoio aos Conselhos de Saúde, denominado Programa de Inclusão Digital. No decorrer da pesquisa, foi referido que há mais de seis meses foi feito o pedido de mais um computador e aparelho de fax, sem que a solicitação tenha sido atendida, até então. Há também a requisição de uma sala exclusiva para o Presidente do conselho, uma vez que são verificados espaços ociosos ao lado da sede.

A secretária executiva constata que a dificuldade encontrada no presente e a diferença perceptível que existe no apoio ao funcionamento do CMS-CG refere-se à falta de proximidade das relações entre a autoridade gestora de saúde e a secretaria executiva. Assim, deduz-se que quando outros *agentes* assumem a gestão da SMS-CG e da prefeitura municipal nos mandatos seguintes, as relações e os interesses são diferentes, produzindo uma transformação das relações entre estes *agentes* no *campo*.

Há alterações no funcionamento e na estrutura organizacional que são dependentes da estrutura física e dos equipamentos disponíveis. Por exemplo, até 2009 as atas eram

manuscritas, as pautas comunicadas por telefone e a distribuição destas e de outros documentos comprometida pela limitação de equipamentos. O CMS-CG não possui dotação orçamentária. Isto tem reflexo direto na autonomia deste CMS-CG. Conselheiros de Saúde entrevistados vincularam esta questão à dificuldade de transporte para realizar visitas e averiguar demandas e denúncias, para participar de reuniões em outros setores, como as do conselho de educação e do orçamento participativo. Assim, ter autonomia sobre a gerência de seus recursos permitiria distribuí-los segundo as prioridades e necessidades apuradas pelo CMS-CG.

O desconhecimento acerca do preenchimento de documentos e procedimentos burocráticos implica na necessidade de ter o apoio de uma equipe administrativa. Foi exposto inclusive que, durante a década de 1990 e por desconhecimento, as atas não eram assinadas pelos Conselheiros de Saúde presentes nas plenárias. As atas das reuniões estão disponíveis para consulta pública presencial.

A secretária executiva relata que as plenárias do CMS-CG ocorrem em auditório localizado ao lado da sede, mas não faz parte da sua estrutura física. No entanto, o controle sobre o agendamento e uso do auditório é da secretária executiva. Neste local, ocorrem duas reuniões ordinárias mensais, agendadas previamente, a partir da definição de um cronograma anual, com pauta enviada semanalmente.

A melhoria na estrutura organizacional, no funcionamento do conselho e também o engajamento entre os *agentes* promoveu avanços na periodicidade das reuniões, que inicialmente eram quadrimestrais passando a duas reuniões mensais; na formação de comissões permanentes; na discussão para reformulação do regimento interno que se dava durante a visita ao *campo*.

O presidente do conselho eleito faz parte do segmento dos usuários. Os conselheiros exercem mandatos de três anos, podendo ser reconduzidos por vários mandatos. Estes participam de comissões permanentes e elaboram seu próprio plano de trabalho. Além disto, os CSs, integrantes das comissões, realizam visitas e buscas em postos de atendimento ou hospitais com histórico de problemas na qualidade da assistência à saúde. A maioria das visitas ocorre no sentido de averiguar as denúncias realizadas pela sociedade civil.

Durante o agendamento das entrevistas, ficou patente que os CSs do segmento dos profissionais de saúde tinham menor disponibilidade de tempo, cuja justificativa apresentada era devido ao volume de atividades, relacionada ao acúmulo de várias ocupações diferentes, por isso a participação na pesquisa se deu com menor expressividade. No entanto, Van Stralen

*et al.* (3) e Moreira (63) em seus estudos relatam que a representação dos trabalhadores de saúde no CMS se dá abaixo dos 25% prescritos pela norma.

**Quadro 02:** Duração dos mandatos dos Conselheiros de Saúde de Campina Grande

<b>Duração dos mandatos dos Conselheiros de Saúde de Campina Grande</b>											
<b>Segmento</b>	<b>Duração da representação política no CMS-CG</b>										
	<b>(anos/mandato)</b>										
<i>Usuários</i>	9 3°	5 2°	5 2°	4 2°	1 1°	9 3°	3 2°	3 2°	0,4 1°	6 3°	2 1°
<i>Gestores e Prestadores de serviço</i>	15 6°	20 6°	3 2°	1 1°	1 1°	1,5 1°	-	-	-	-	-
<i>Profissionais de saúde</i>	0,5 1°	6 3°	3 2°	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

No segmento dos usuários a média de tempo de exercício da representação política no CMS-CG foi de 4 anos e 4 meses, na faixa entre 5 meses a 9 anos, 8 dos 11 CSs com mandatos renovados. No segmento dos gestores e prestadores de serviço a duração da representação variou entre 1 ano e 20 anos, sendo este último CS representante político desde a implantação do CMS. Já no segmento dos profissionais de saúde, um dos entrevistados estava no início do primeiro mandato e os demais reeleitos. Diante do total de entrevistados, com uma duração média de representação política no CMS-CG por 4 anos e 11 meses, 65% já se encontram no 2° mandato ou mais. Corroborando com este achado, Labra e Figueiredo (38) apontam que a complexidade dos assuntos discutidos no espaço do CMS exige uma espécie de ‘profissionalização’ dos CSs representantes dos usuários, possibilitada por sucessivas reeleições dos *agentes*.

Diante do exposto faz-se necessário, neste ponto, focar a análise sobre os sujeitos que compõem o CMS-CG, determinantes e determinadores do rumo que o processo decisório estabelece para a democratização de uma gestão em saúde comprometida com a resolutividade e qualidade do sistema de saúde. Assim sendo, apresenta-se na Tabela 01 o perfil dos Conselheiros de Saúde do município de Campina Grande entrevistados:

**Tabela 01:** Perfil dos Conselheiros de Saúde entrevistados – CMS-CG.

Perfil dos Conselheiros de Saúde entrevistados – CMS-CG						
Nº	Segmento (% dos Entrevistados)	Faixa Etária (anos)	Gênero	Grau de instrução	Ocupação	Entidade Representada
1		43 (40-44)	Feminino	Ensino médio completo	Recepcionista	UCES
2		26 (25-29)	Masculino	Pós-graduação	<i>Agente</i> penitenciário e estudante	Associação dos Diabéticos
3		44 (40-44)	Masculino	Superior completo	Coordenador escolar	Centro de defesa dos direitos Humanos
4		46 (45-49)	Feminino	Pós-graduação	Fisioterapeuta	APAE
5		64 (60-64)	Feminino	Ensino médio completo	Do lar	Coordenação do Clube de Mães
6	Usuários (55%)	60 (60-64)	Feminino	Pós-graduação	Enfermeira e Professora de Biologia	Igreja Católica (Pastoral da Saúde)
7		39 (35-40)	Masculino	Superior completo	Professor de filosofia	GAV
8		31 (30-34)	Feminino	Superior incompleto	Vendedora autônoma e estudante	Fórum Popular da Saúde
9		32 (30-34)	Masculino	Superior completo	Coordenador de serviço de limpeza	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
10		54 (50-54)	Masculino	Ensino médio incompleto	Agricultor	Sindicato dos Trabalhadores Rurais sem terra
11		51 (50-54)	Masculino	Superior incompleto	Ferramenteiro	CUT
12		51 (50-54)	Masculino	Pós-graduação incompleta	Diretor de planejamento e regulação dos Serviços de saúde e estudante	SMS-CG
13		77 (75-79)	Masculino	Superior completo	Diretor hospitalar	Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde
14	Prestadores de serviço e Gestores (30%)	43 (40-44)	Masculino	Pós-graduação	Coordenador de vigilância ambiental	FUNASA
15		65 (65-69)	Masculino	Superior Completo	Diretor hospitalar/Bancário aposentado	Hospital Pedro I
16		65 (65-69)	Masculino	Pós-graduação	Superintendente de sindicato, Professor aposentado	Associação Comercial de Campina Grande
17		54 (50-54)	Feminino	Pós-graduação	Docente, Gerente de enfermagem, Assistencialista- SAMU	Hospital Regional de Urgência e Emergência
18	Profissionais de Saúde (15%)	35 (35-39)	Feminino	Ensino médio completo	Técnica de nutrição	SEESSA-AB
19		35 (35-39)	Masculino	Ensino médio completo	Agente comunitário	ARCOSA
20		43 (40-44)	Feminino	Superior incompleto	Agente de combate a endemias e estudante	SINDAVAS-PB

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2010.

Conforme tabela 01 demonstrativa do perfil dos Conselheiros de Saúde do CMS-CG entrevistados: 55% pertencem ao segmento dos usuários, 30% dos gestores e 15% dos profissionais de saúde.

Observa-se na tabela 01 que 55% dos CSs possuem ocupação profissional diretamente relacionada ao *campo* da saúde, o que constitui mais uma variável a contribuir para a escolha dos representantes, perspectiva relatada por vários entrevistados, constituindo um dado divergente da pesquisa realizada por Ferreira (73). Isto pode ser atribuído ao acúmulo de *capital social e cultural* dos *agentes*.

Eliana Labra (5), Labra e Jorge Figueiredo (38), Letícia Ferreira (73), Silvia Gerschman (74), entre outros, apontam que (i) *agentes* “mais maduros”, fazendo referência à faixa etária; (ii) alta incidência de *agentes* com curso superior completo ou em curso; e, acúmulo de experiências participativas, quer sejam no Conselho de Saúde ou em outro espaço; são indicados com maior frequência a representar as entidades e ter assento no CMS.

Em acordo com os dados dos estudos citados anteriormente, dos *agentes* incluídos nesta pesquisa, 70% se situam na faixa etária que compreende 40 a 79 anos, 25% se situam entre 30 a 39 anos e 5%, entre 25 e 29 anos. Há uma diferença no segmento dos gestores e prestadores de serviço com relação à faixa etária e ao gênero dos *agentes*. Há, neste segmento, uma predominância de 83,3% de CSs com mais de 50 anos, com prevalência de 83,4% do gênero masculino. Ao considerar o total dos entrevistados, não há diferença relevante entre os gêneros. Já no que diz respeito ao grau de instrução dos *agentes* 75% possuem nível superior completo ou em curso, sendo que 66,67% destes possuem pós-graduação completa ou em curso. Dentre os demais, 20% possuem ensino médio completo, e apenas 5% possui ensino médio incompleto.

O grau de instrução e a baixa rotatividade dos CS são indicados por Van Stralen *et al.* (3) como fatores de ‘elitização’ dos Conselhos de Saúde, uma vez que o número de CS com instrução superior se eleva em detrimento da maioria dos usuários dos SUS e estes mesmos CS, que permanecem por vários mandatos no Conselho de Saúde, se “profissionalizam”. Entende-se que os CSs incorporam as “regras do jogo” dos Conselhos de Saúde à sua prática participativa.

Apesar da baixa frequência vale registrar dado observado acerca do conhecimento que o CS possuía sobre o segmento que representa: dois CSs, do total de entrevistados, relataram pertencer ao segmento do “trabalhador de saúde”, quando na verdade representam entidades vinculadas ao segmento dos usuários; enquanto que um (5%) CS pertencente ao segmento dos profissionais de saúde relatou ser representante do usuário. Isto pode estar relacionado ao tempo reduzido de representação como CS, menor de um ano para os dois primeiros CSs descritos acima, e quatro anos para o terceiro CS.

O processo de indicação dos representantes das entidades a CS em Campina Grande se dá, como prevê a norma, por eleição direta ou por indicação dos responsáveis pela entidade. Os casos dos 3 CSs citados anteriormente, que revelam uma falta de clareza sobre a entidade representada, ocorreram em situações cuja escolha do CSs se deu por indicação direta pelo responsável da entidade e não por eleição em assembleia.

Relatos dos CSs apontam que a indicação não é arbitrária, envolve a consideração sobre a história de vida e prática participativa dos *agentes*. História de vida construída com a participação em outros espaços representativos. Relevante resultado encontrado por esta pesquisa refere-se ao dado de que todos os CSs entrevistados pertencente aos segmentos dos usuários relataram participar de outros conselhos deliberativos antes de exercerem o papel de CS. Fato distinto do segmento dos profissionais de saúde e gestores/prestadores de serviços em que apenas 33,34% de cada segmento possuíam histórico de participação anterior, essencialmente em associações de moradores de bairro, denominadas em Campina Grande de Sociedade de Amigos de Bairro (SAB). Assim, tem-se um total de 70% de *agentes* entrevistados que afirmaram participar de outros *lôcus* de práticas participativas antes de ter assento no CMS-CG.

Este resultado evidencia a relevância da história de vida com seu conseqüente acúmulo de experiências em práticas participativas para que um CS seja eleito e/ou indicado pela entidade na qual atua. Nos termos de Bourdieu, observa-se que o *habitus* instituído por meio da aquisição de capital *político, cultural e social* pelo CS em diferentes campos de atuação confere a este CS que o credencia para o exercício de mandato(s) como CS.

Letícia Ferreira (73) analisa a relação representante/representado dos Conselheiros de Saúde pertencente ao segmento dos usuários do município de Canoas, RS. A análise da trajetória individual destes *agentes* parte do pressuposto de que há uma vinculação entre esta trajetória e a escolha dos representantes da sociedade civil.

Assim como os achados de Ferreira (73), observa-se que o *agente* do CMS-CG constrói sua posição em um *espaço social* pluridimensional, compreendendo espaços ligados: aos movimentos sociais, incluindo associações em defesa dos direitos humanos, direitos das crianças, dos consumidores, de portadores de deficiência e patologias; aos movimentos sindicais; aos movimentos religiosos; à militância estudantil; à comissão de ética em saúde. Os próprios CS entrevistados, ao relatarem como se deu o processo de sua indicação ao CMS-CG, associam a indicação ao papel de representante político a suas histórias de vida, à proximidade e inserção no *campo* da Saúde Coletiva por anos (22 anos, 30 anos até 45 anos

de inserção e atuação no *campo*). Outros relatam uma constante “militância política”; independente de inserção no *campo* da saúde, durante 10, 12, 15 até 32 anos. Há também o relato de dois Conselheiros de Saúde que se aproximaram do *campo* do CMS-CG a partir da relação com parentes próximos que exerceram o papel de CS ou que foram “militantes políticos”. Outros entrevistados assinalam que a existência da troca de *capital* com representantes titulares de suas entidades com assento no CMS levou-os a participarem voluntariamente das plenárias, implicando na indicação para suplência e, até a transferência de suplência para titularidade.

Há casos cujo engajamento voluntário às atividades do CMS-CG produz uma indicação ‘coercitiva’ por parte da entidade, que termina por ser aceita, ou faz com que uma entidade que não possuía assento tenha visibilidade e seja eleita para integrar as entidades componentes do CMS-CG.

Outra variável a ser considerada na escolha do representante diz respeito à noção prévia da existência do CMS-CG, uma vez que 55% do total dos entrevistados declaram conhecer o CMS antes de sua eleição. Mesmo assim, é importante frisar que 10% dos CSs que relataram não ter conhecimento da existência deste participaram de sua criação e implantação; além de outros 20% de entrevistados que responderam não conhecer especificamente o objetivo e o funcionamento do CMS, mas que já tinham ouvido falar sobre este, seja pela imprensa local, seja através das relações presentes no interior das entidades. Os 15% de CS restantes que relataram não conhecer o CMS tinham cerca de um ano de mandato.

A história de vida, com relevo para existência de *agentes* com inserção no *campo* da saúde ou *campos* próximos e inter-relacionados; a participação anterior em conselhos deliberativos, expressada por 70% dos entrevistados; a ocupação relacionada ao setor Saúde; o grau de instrução predominantemente de nível superior; presença de *agentes* “mais maduros” com faixa etária essencialmente maior que 40 anos constituem características cuja confluência demonstra que o volume de *capital social, cultural e político* dos *agentes* é considerado no momento da escolha como representante das entidades.

Entende-se, a partir da adoção do marco teórico de Pierre Bourdieu (59), que o volume de *capital social* tem relação com uma rede durável de relações reconhecidas como uma credencial que habilita o *agente* a ser indicado ao papel de representante político. Esta rede de relações entre familiares, membros das entidades e também com CSs propiciam trocas simbólicas e troca de informações. Tal constatação permite afirmar que o critério de entrada em um CMS refere-se ao *capital social* acumulado pelo agente que se proponha ser CS, ao

auferir credenciais que lhes dão o direito de entrada a partir das conexões que possuí, das relações de cooperação e sociabilidade que instituí.

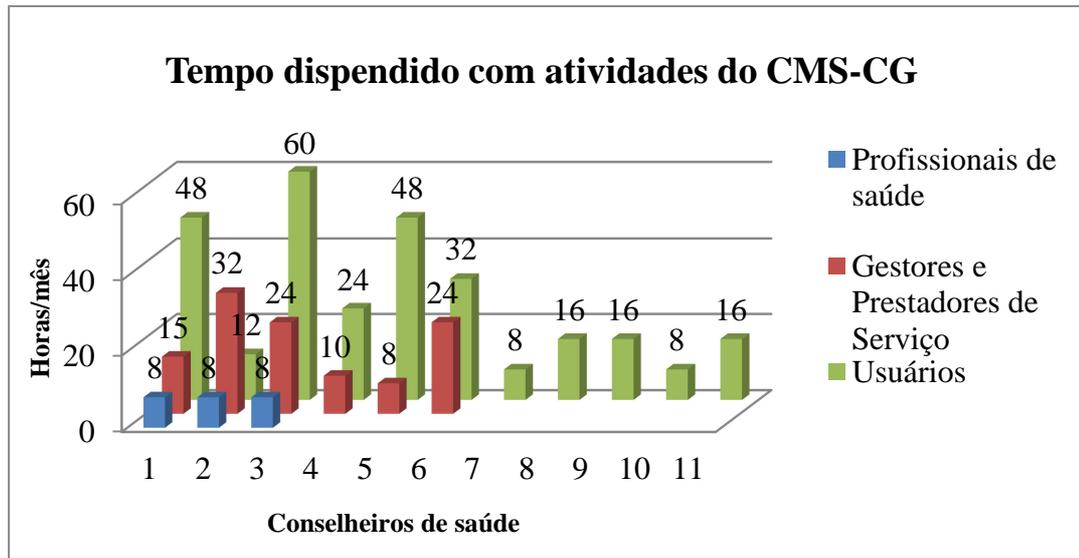
Bourdieu informa também que a existência da rede de conexões não é dada naturalmente, ela é instituída pela família, ou pelos *agentes* próximos. O volume de *capital social* é maior na medida em que o *capital* herdado é capaz de transformar as relações circunstanciais para ligações duradouras (59). Como exemplo, destaca-se abaixo o relato de um dos entrevistados.

*Na fundação do CMS-CG a representação dos usuários era pequena. Nem todas as entidades dos usuários que hoje fazem parte do conselho existiam. A nossa entidade era representada pela minha mãe. Na época, eu era jovem nem participava, nem sonhava, nem sabia o que era CMS. E ela só atuando... atuando, com o tempo. Ao crescer e participar da entidade e do CMS-CG junto com ela, veio a ideia de substituir ela. Ela tava cansada, e me decidi por participar. Eu já participava voluntariamente do CMS e só depois que eu entrei de fato no CMS-CG, mas foi mais pelo estímulo dela. E eu já tinha interesse muito grande na parte de políticas públicas desde o ensino médio. Tanto que fui fazer o curso de Ciências Sociais, já com esta intenção.*

*O que me levou ao CMS foi isso, foi essa transição e também o interesse em políticas públicas. Além do que eu já militava na área de saúde desde os 15 anos, mas não como conselheiro (Conselheiro 02, 26 anos, 24/08/2010).*

A fala anterior ratifica, como postulado por Bourdieu (59), que o volume de *capital social* aumenta na medida em que há investimento, consciente ou inconsciente, no sentido de estabelecer relações duradouras, ou obrigações institucionalmente garantidas. A reprodução do *capital social* pressupõe o gasto de energia e de tempo, bem como do esforço em conhecer como se dão as relações, suas conexões com outros *agentes* e construção de uma habilidade para usar este *capital*. O *capital social* pode ser apoiado de acordo com a incorporação de *capital cultural*.

Neste sentido, os entrevistados foram indagados a respeito do tempo despendido com as atividades do CMS-CG a fim de averiguar qual a possível relação deste tempo com o *capital* incorporado. Segue o gráfico 02 demonstrando esta variável.

**Gráfico 02:** Tempo dispendido com atividades do CMS-CG

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Antes de proceder à análise do gráfico 02, é importante esclarecer que se trata de valores aproximados, visto que houve dificuldade pela maioria dos CSs em precisar o tempo gasto. Nestes valores, está incluído o tempo gasto com a participação em comissões internas do CMS-CG, atribuição de 50% dos CSs entrevistados. Assim, os valores relativos aos maiores tempos têm referência com esta participação, sendo o pico de 60 horas referente ao presidente do CMS-CG. De todo modo, identifica-se que os CSs do segmento dos usuários são os que despendem mais tempo com as atividades do CMS-CG, sendo que dos onze entrevistados, quatro participam de comissões internas. De todos os segmentos este é o que mais relata empregar seu tempo com outras atividades relativas ao CMS-CG, sendo: cinco relatos apontam o investimento de 1 a 4 horas de leitura semanal; três relatos de visitas e reuniões com a entidade e comunidade representada, com a variação de 10 a 18 horas. Apesar do tempo do CSs do segmento dos profissionais de saúde se estabilizar em 8 horas de dedicação mensal, estes relatam o gasto de em média 5 horas com visitas para averiguação de denúncias ou leituras. Com relação ao segmento dos gestores e prestadores de serviço, 2 CSs referem estar em contato com o CMS-CG durante a maior parte da semana.

Infere-se que a variável de tempo ponderada acima tem relação com o *capital* visto que este materializa o trabalho de acumulação de conhecimento ou estratégias para ação.

A *qualificação educacional*, referida neste estudo como grau de instrução, é uma forma de *capital cultural* que, ao ser adquirido pelo *agente* através das relações familiares e sociais pelas quais está conectado, contribui para o aumento do *capital social* (59). Diante da constatação de que 75% dos entrevistados possuem ou estão cursando o nível superior, indica-se que esta é mais uma variável a pautar a escolha do CS pela sua entidade para o papel de representante político pelo volume de *capital social* incorporado pelo *agente*.

### **3.4 Os Conselheiros de Saúde e seus representados – a comunidade de Campina Grande.**

A participação social da comunidade do município de Campina Grande no CMS-CG é permitida com direito a voz, mas não a voto, desejável pelos CS e se faz presente, mas segundo os relatos, não de modo substancial. Os CS ao responderem sobre a participação da comunidade, usuários ou não do SUS nas reuniões do CMS, indicam que esta é quantitativamente reduzida quando a referência são os membros da sua própria comunidade, ou seja, demais membros da entidade representada e do bairro de residência, dado apontado por 60% dos CSs entrevistados.

A partir das entrevistas, os CSs do segmento dos usuários são os que fazem mais referência a não participação da comunidade, perfazendo 81,82% destes. Mencionam que outros *agentes* do município participam das plenárias do conselho como discentes dos cursos de graduação na área de saúde, movimentos sociais organizados, *agentes* dos conselhos locais de saúde escolhidos para tal fim. Em geral, vocalizam denúncias e reclamações acerca da baixa resolutividade do sistema municipal de saúde.

Esta baixa resolutividade é manifestada com base no relato de experiências pessoais, de familiares e de amigos próximos, ou seja, na rede de *agentes* inseridos no espaço da Saúde. São fatos vivenciados, demandas, reivindicações, proposição de sugestões para melhoria do sistema, a saber: a falta de médicos em hospitais, essencialmente, mas também em postos de saúde, e de estrutura inadequada de trabalho; falta de medicamentos e desorganização na distribuição destes para os postos; demanda da implantação de mais Estratégias Saúde da Família (ESF) e de outros profissionais de saúde incluídos na equipe da ESF; sugestão de localização destas unidades de ESF. Após a exposição de sua argumentação, solicitam a interferência dos CSs, com direito a voto, para a defesa da demanda.

No entanto, CS do segmento dos gestores expõe a redução da participação da comunidade no CMS-CG em detrimento do uso da Ouvidoria da SMS como canal de participação e realização de denúncias. O CMS-CG tinha o plano de construir uma ouvidoria própria, mas como não foi implantada, as reclamações são realizadas em plenárias. Este relato é sugerido pelos entrevistados do segmento de gestores como um sinal de ‘desvalorização do CMS-CG pela comunidade representada’.

Entretanto, dado divergente é assinalado pelos mesmos entrevistados do segmento de gestores e prestadores de serviço, uma vez que 83,33% destes apontam que outras pessoas da sua comunidade participam das plenárias do CMS. Vale lembrar que os integrantes deste segmento são os sujeitos sobre o qual se exerce o controle social, a avaliação e a fiscalização. Isto foi confirmado durante observação das reuniões plenárias em que prestador de hospital privado, não-Conselheiro de Saúde, participou demonstrando o sucesso do modelo de administração financeira do hospital de modo a facilitar a transparência e a fiscalização pelos órgãos competentes, como o CMS-CG. Esta participação voluntária foi sugerida como exemplo de eficiência gestora a ser seguido por outros estabelecimentos privados, públicos e filantrópicos de saúde, com o benefício de desburocratizar o exercício do controle social. Isto porque é referido pelos entrevistados que um dos grandes empecilhos ao exercício do controle social é estar preso a análise de uma gama imensa e, por vezes, desorganizada, de informações presentes em relatórios técnicos de difícil compreensão.

Os entrevistados mencionam a presença constante no CMS-CG de assessores para auxiliar na compreensão dos documentos que têm um cunho técnico, seja em termos de linguagem e estilo de escrita, seja em sua estrutura, uma vez que “o relatório de gestão é elaborado por técnicos das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde” (75 p. 94).

Os assessores são levados ao CMS-CG tanto pelos próprios CSs, quanto pelo presidente em exercício. Há inclusive a referência de que o CMS deveria utilizar o seu orçamento para contratar serviços de assessoria técnica em se tratando de questões que exigem uma interpretação minuciosa das informações, embora o CMS-CG até o período da coleta não havia dotação orçamentária própria. Há, neste sentido uma sinalização de que a SMS-CG abrirá uma conta exclusiva para o CMS-CG, com poder para gerir seus recursos. As informações orçamentárias constituem a maior necessidade de assessoria identificada pelos CSs. Este fato é também ratificado pela secretária executiva ao relatar que é enviada SMS-CG o calendário anual das plenárias do CMS-CG, embora só haja a participação de

técnicos da SMS quando a pauta é prestação de contas, situação em que o diretor financeiro participa junto com todo o departamento.

Esta constatação é também realizada por Valéria Correia (76), explicando ainda que isto decorra da utilização de termos técnicos e contábeis. “Os aspectos econômicos e financeiros do SUS são, na maioria das vezes, a ‘caixa de segredos’. As informações a seu respeito são obscuras, incompletas, codificadas, incompreensíveis” (76 p. 98).

Para proceder com a tomada de decisão, aprovação de relatórios, planos plurianuais, é antes de tudo necessário a compreensão do documento que está sendo avaliado. Para isso, Conselheiros de Saúde, apoiados pelo regimento interno, levam ao CMS-CG *agentes* detentores de *capital educacional* que fornecem pareceres técnicos para auxiliar a compreensão de documentos e, assim, embasar a tomada de decisão de forma consciente e crítica. Por um lado, há uma integração e interação entre *agentes*, uma razão comunicativa (61) que sugere uma ligação entre a razão e a prática social, a possibilitar tanto processos de aprendizagem, dito por Bourdieu como a incorporação de *capital* intelectual e social, como a reconstrução de discursos formadores de opinião e preparadores de decisão (61).

Em sua maioria, a pauta do CMS-CG trata de denúncias ou demandas da sociedade civil do município, para averiguação. As denúncias/demandas chegam ao conselho de várias formas: o usuário do SUS vai ao CMS-CG realizar a denúncia e tem espaço reservado durante as plenárias, ou por telefone; solicita a CSs ou ao presidente do CS para fazê-lo; denúncias por escrito encaminhadas pela a ouvidoria da SMS-CG; através das entidades representadas; ou através da imprensa.

Por outro lado, os entrevistados percebem um distanciamento entre CSs, entidade representada e comunidade, e apontam que compete ao CS, como representante político de sua entidade, e em um escopo maior, representante da sociedade civil que atua em nome do bem estar coletivo, conectar *agentes* a fim de expor as decisões tomadas no CMS-CG e compreender os interesses coletivos.

Apesar de chegar denúncias originadas da sociedade civil, os CSs problematizam o distanciamento presente entre CMS-CG e comunidade representada. A visibilidade do CMS-CG pela população é pauta concreta, avaliada como entrave para ampliação da prática participativa dos CSs, ampliação do espaço de negociação conselho que deve estar voltado para buscar soluções para os problemas de saúde da população local.

“A **visibilidade** é uma condição que se caracteriza pela transparência da atuação dos Conselhos. Neste sentido, devem ser criados canais de comunicação, por meio dos quais o Conselho presta contas do que faz à sociedade. A relação com os meios de comunicação local bem como a criação de boletins informativos e outros tipos de publicações, pelo próprio Conselho, são decisões importantes para garantir a visibilidade” (77).

O primeiro elemento característico para concretizar a ‘visibilidade’ do CMS é a divulgação prévia e sistemática do calendário anual das reuniões, o que não ocorre no CMS-CG. A secretária executiva discorre que o calendário é divulgado quando alguém procura o CMS-CG com este interesse, uma vez que apenas CSs convidam.

Os CSs avaliam que desenvolver uma comunicação, no sentido de divulgar o calendário, as ações e atribuições do CMS-CG, às comunidades locais é importante, mas insuficiente. Fica claro para os CSs que o ato de comunicar é importante, pois tem reflexo no conhecimento sobre o significado da participação e controle social para a sociedade civil, e assim permite a apropriação por parte da sociedade acerca dos direitos à saúde inerente a mesma. Insuficiente, pois é imprescindível estabelecer um vínculo, uma relação de proximidade, em que a comunicação faça parte de um agir voltado à participação ativa, a formular e deliberar junto aos CSs, e não só conhecer.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, coloca-se a importância e o objetivo do desenvolvimento de programas de comunicação:

É importante o desenvolvimento de programas de comunicação em massa que coloquem à disposição do povo informações que lhe permitam fiscalizar e cobrar o funcionamento desejado e prometido para os serviços de saúde, esperando que o povo faça isso mais autonomamente através de suas organizações voluntárias, ou diretamente nos próprios locais onde estão atendidos. A ideia é a de que, de posse de informações adequadas, o povo, diretamente ou através de suas organizações voluntárias, poderá fiscalizar os desempenhos dos serviços de saúde, pressionar níveis de decisão, claramente identificados, e cobrar dos governos compromissos eleitorais assumidos publicamente (43 p. 303).

Neste sentido, o CMS-CG desenvolve mecanismos para efetivar a divulgação do CMS-CG, um jornal e um site. A secretária executiva detalha o planejamento do jornal e explica que este será trimestral, numa tiragem inicial de mil exemplares, a depender da adoção dos recursos financeiros disponíveis. São realizadas sugestões, por CSs do segmento dos usuários, de estratégias para aproximar os *agentes*, CSs e sociedade civil: (i) intercalar as

reuniões do CMS entre os diversos Conselhos locais e distritais, (ii) propiciar uma maior interlocução com os conselhos locais; (iii) criar comissão de educação em saúde, em que os CSs integrantes sejam os monitores da educação acerca do direito à saúde.

Vale salientar que foram encontrados dois dados divergentes entre a pesquisa de Moreira e Escorel (69) realizada em 2006 e este estudo realizado em 2010. Atualmente o CMS-CG possui grupos de trabalho que realizam visitas e averiguam denúncias; e, diferente do exposto, as reuniões não são divulgadas sistematicamente para a população, apenas quando há a procura do cidadão diretamente no CMS-CG. Apesar de serem abertas ao público que tem direito a voz.

Umberto Pessoto *et al.* (39) expõem que, em Santos, os CSs participavam de palestras, debates, cursos e promoviam eventos, utilizando os meios de comunicação para divulgar seu trabalho. Em Blumenau, estabeleceram uma parceria com uma emissora local de rádio, apresentando um programa semanal de discussão dos temas relacionados aos problemas de saúde do município (39).

No decorrer das entrevistas, quando perguntados se a população conhece as funções dos CSs, 45% afirmam categoricamente que “não” e outros 40% afirmam que a população entende “muito pouco” de suas funções. No entanto, a explicação/detalhamento destas respostas demonstra uma aproximação entre as classificações ‘não’ e ‘muito pouco’, totalizando 85%. As alegações explicativas sobre o desconhecimento do papel e desempenho do CS são: a invisibilidade do CMS-CG para a população, a deficiência na capacidade do CMS-CG de “penetrar” na população, seja através do uso dos meios de comunicação, seja com a utilização de outras estratégias que retornem aos seus representados as deliberações e decisões estabelecidas.

Alguns relatos semelhantes expõem a análise sobre esta questão indicando a existência de problemas na relação representante-representado, tais como: insuficiente mobilização dos representados pelas entidades e pelo CS e descrédito da população na eficácia e eficiência do CMS-CG como parte do processo decisório que objetiva o bem coletivo. Estes problemas são relacionados principalmente à desinformação da população sobre o papel do CMS, onde a própria instituição é responsabilizada, mas também há vinculação causal com a falta de estrutura do CMS-CG e dependência financeira a SMS. Destacam-se alguns trechos pertinentes a estas questões relatadas por vários CSs:

*A população não tem muito conhecimento sobre o papel exato do Conselho de Saúde, porque falta informação, esclarecimento sobre o papel do*

*conselheiro. Muitas vezes o nosso papel é mal visto pela comunidade. (Exemplo) A não aprovação da Fundação XXX que nós não aprovamos porque não tinha condição técnica de funcionamento, mas a população não achou isso. Achou que a gente estava tirando o direito do povo campinense de ter esta assistência. Mas não era um serviço que daria uma assistência qualificada, tecnicamente falando (Conselheiro 07, 39 anos, 02/09/2010).*

*Com certeza não entendem, acham que não vale a pena, que o CMS não resolve nada, a visão de que só o gestor resolve. As pessoas mais humildes acham que não resolve, pois há pouco conhecimento sobre o CMS (Conselheiro 05, 64 anos, 02/09/2010).*

*Os menos esclarecidos não entendem porque participam muito pouco da vida social. Então eles veem mais como um órgão que manda e não faz nada. Eles não têm uma visão clara do que de fato é o papel do CMS, mas por falta de conhecimento e participação em movimentos populares. Mas têm aqueles que participam e sabem o valor e a função do CMS (Conselheiro 06, 60 anos, 02/09/2010).*

*Não entende muito bem porque a maioria acha que todo mundo é corrupto. (Conselheiro 08, 31 anos, 02/09/2010).*

*Acham que os conselheiros falam por si e não por eles (Conselheiro 14, 43 anos, 01/09/2010).*

*O CMS não sabe o que nos temos que fazer com a população, não tem interação. O que tem é a lei... O conselho deve cobrar, acham que o papel do conselho é esse. Mas este é apenas um dos papéis. A população acha que podemos resolver as coisas, mas sozinhos não podemos. Há uma contradição neste sentido. Ela cobra porque se o CMS tem o papel, que resolva. Mas não se tem tantos dispositivos para operacionalizar. (Conselheiro 02, 26 anos, 24/08/2010).*

*Tudo sobre a saúde tem que passar pelo Conselho, mas a população mesmo não sabe que funciona assim (Conselheiro 19, 35 anos, 02/09/2010).*

Outra questão trata da cultura dos cidadãos brasileiros e, mais especificamente, dos cidadãos campinenses, mostrando a dificuldade dos *agentes* em participar e se engajar, conforme a fala abaixo:

*Falam mal do Conselho porque não tem a vivência, talvez seja uma falha do CMS de não chegar à sociedade por falta de estrutura de chegar até eles e dizer qual a função do CMS. E daí as pessoas questionam cadê o CMS que não faz nada e é conivente com essa situação? Se a população estivesse a par, se estivesse presente no CMS, eles iam ver que estamos do lado da sociedade. A população acha que estamos do lado da gestão, até porque tem gestão do CMS-CG que fica do lado da gestão mesmo (Conselheiro 04, 46 anos, 02/09/2010).*

Os 15% dos CSs que afirmaram ser do conhecimento da população a função dos conselhos, justificam suas repostas voltando seu olhar para a ‘sua’ comunidade, comunidade inserida no *espaço social* representado. Referem que tal fato tem implicação com seu desempenho como CS no exercício do papel de representante político, e conseqüente eficácia deste papel. Defendem que a realização de reuniões sistemáticas com a comunidade representada a fim de comunicar os temas em pauta e as decisões tomadas no espaço do CMS depende de seu desempenho pessoal. Seguem alguns relatos:

*Entendem, estão começando a entender, é uma pequena minoria ainda, né? Principalmente quando a gente faz... Vem pro conselho e leva o retorno pra base. Reuni os sindicatos ligados a você, reuni os trabalhadores e informa a pauta da reunião, o que foi discutido, quais foram os encaminhamentos. Quando não passa nas reuniões manda o resultado e as atas via e-mail. O pessoal acha que o Conselho de Saúde é alguma coisa do governo, né? Não é uma instituição da sociedade, não é um órgão de fiscalização, acompanhamento, mas sim um órgão ligado ao governo. Então tenho conversado com uns conselheiros aqui com o objetivo de o conselho utilizar a imprensa para está divulgando as reuniões, o que está acontecendo, pra que as pessoas vejam que isso é um instrumento não do gestor, mas é um instrumento da sociedade... em participar, fiscalizar, discutir com o gestor a forma de saúde que queremos para o município (Conselheiro 11, 51 anos, 03/09/2010).*

*Acho que a população entende, mas as pessoas mais esclarecidas é quem entendem mais que o conselho é a representação de toda a sociedade (Conselheiro 13, 77 anos, 30/08/2010).*

Relaciona-se que 40% dos CSs apontaram dar, periodicamente, um retorno a entidade e à comunidade representada. Estes enfatizam em suas repostas a distinção entre o trabalho de sociabilidade e de representação política, inerente a função do CS, do trabalho de representação partidária. Segundo estes, o primeiro revela o compromisso com interesses coletivos e o bem comum, com distribuição do poder de decisão para a sociedade civil articulada ao CMS, o segundo tradicionalmente concentra o poder em grupos fechados, em torno de interesses particulares e clientelistas.

Deduz-se que a expressão da articulação entre CSs, entidades e seus representados pode derivar do desconhecimento por parte dos conselheiros sobre o que significa ser representante político no *campo* do Conselho de Saúde, da escassez de tempo para

desempenhar o papel de representante em meio a múltiplas ocupações ou ainda da impossibilidade de utilizar estratégias de comunicação para divulgar a atuação do CMS, dado que o CMS-CG não possui gerência sobre seus recursos.

Assim, como o resultado observado no presente estudo, Eliana Labra (5) justifica que os dilemas da representação e representatividade e a reduzida participação da sociedade civil se devem ao baixo engajamento cívico nas atividades associativas dos brasileiros. O distanciamento da sociedade civil das atividades associativas pode indicar um *espaço social* restrito, cujas informações não são perpassadas, com prejuízo para a comunicação entre os *agentes*, e, conseqüentemente, para o estabelecimento de suas inter-relações e do intercâmbio de *capital*, prejuízo para a tentativa de uma mobilização popular.

No entanto, defende-se que a difícil tarefa de mobilizar pessoas não pode ser responsabilizada apenas àqueles *agentes* que ‘não cumpriram este papel’, uma vez que esta interação, mediada pela linguagem comunicada e orientada para o fim de participar do processo de tomada de decisão, depende da apropriação da sociedade representada sobre a validade do papel do CS e de suas proposições, sem dúvida uma transposição cultural.

O conteúdo da representação política é associado à defesa de interesses. Indica a representação dos interesses de um grupo em detrimento de interesses particulares. Umberto Pessoto *et al.* (39) referem a importância da compreensão sobre a que interesses o CS está vinculado: interesses gerais ou particulares. A representação dos interesses gerais é, por exemplo, o caso clássico da representação legislativa; a representação dos interesses particulares se expressa na representação por categorias profissionais (médicos, enfermeiras, metalúrgicos etc.) ou por papéis ou funções sociais desempenhadas (mulheres, deficientes físicos, negros etc.) (39).

No entanto, por parte dos entrevistados há um conflito ao entender quais interesses, de quem e para quem devem ser defendidos. No tocante a este aspecto, observa-se a presença do conflito diante da prática participativa dos conselheiros. Sendo a prática participativa uma ação de representação política construída com base nas experiências individuais e coletivas que conectam o conselheiro e a sociedade civil, o conflito é exposto na suposição de defender os interesses da entidade que representa, mesmo na deficiência do *feedback* e do diálogo entre os CSs e suas entidades, entidade e representados. Entretanto, diante deste conflito, defender os interesses coletivos em torno do bem-estar e da melhoria da qualidade de vida da sociedade civil é a característica que se sobressai.

Para os CSs de Campina Grande, participar de um Conselho de Saúde é exercer função que exige responsabilidade, recorrente durante várias falas e, ao mesmo tempo, possui grande relevância por se tratar do papel de representar milhões de pessoas. Faz-se alusão ao sentimento de prazer, gratificação, honra, construção de um *espaço social* pertencente à sociedade, à entidade representada e seus representados, mas também de frustração. Este sentimento de frustração remete tanto ao ensejo de ultrapassar a discussão sobre fiscalização e contratualização para prosseguir a formulação de propostas, quanto à persistência do autoritarismo, clientelismo e descompromisso das autoridades gestoras de saúde para com as deliberações e decisões aprovadas e para com a gestão da saúde.

A relevância do CMS-CG para a município de Campina Grande é situada sobre três eixos principais listados em ordem decrescente de predominância das respostas, onde: 55% assinalam (i) a deliberação sobre a gestão e a política de saúde do município com a finalidade de exercer o controle social; (ii) a representação política ‘das bases’, da sociedade civil em torno de conectá-los às autoridades gestoras de saúde a fim de comunicar demandas e reivindicações para melhoria da assistência à saúde e da gestão em saúde; e, (iii) a atribuição ao CMS-CG de que este se trata de um conselho-modelo no Estado da Paraíba, em termos de atuação e efetividade da participação no processo decisório. Esta conclusão é fruto da análise das repostas, que permeiam os desejos de mudanças, de resolução dos problemas de funcionamento interno do CMS e da eficiência na produção de resultados palpáveis que demonstrem a melhoria do sistema municipal de saúde.

Em relação à importância do conselheiro como representante político, pesquisa realizada no CMS de Viçosa (78) aponta que a maioria dos CSs destacou o fato de poderem contribuir, planejar e controlar as Políticas de Saúde para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Neste estudo, alguns CSs mencionam a importância de ‘conhecer, interferir e ter poder de decisão na política de saúde’; seguido do poder de ‘conhecer e promover a melhoria da situação de saúde do município’, com minoria a relatar a promoção do controle social. Rosângela Cotta *et al.* (78) e Silvia Gerschman (74), indicam que poucos entrevistados atribuem ao Conselho de Saúde o papel de viabilizar o controle social, mesmo se tratando de um atributo essencial deste idealizado pelo movimento social em saúde e garantido pela Lei nº 8.142.

Entretanto, este estudo evidencia que a rotina das plenárias do CMS-CG é deliberar sobre a atuação da gestão, tendo como conteúdo prevalente o debate em torno dos relatórios

de gestão, prestação de contas e contratualização de serviços. Neste caso, o estar presente nas plenárias garante ao *agente in per se* a compreensão que uma das funções do conselho é fiscalizar, controlar a gestão.

Outra questão apontada que merece destaque, apesar de em menor grau, refere-se aos ganhos de *capital* individual, apresentando relação com a incorporação de *capital social e educacional* promovido pelo próprio exercício da prática participativa. Este mote serve, na verdade, como princípio de diferenciação, pois é tratado no sentido de ganho instituído ao CS, mas também o seu inverso, o de requisito para a eficácia do papel de representante político, principalmente durante o período de transição entre os mandatos dos *agentes*, ou seja, modifica-se a composição do Conselho de Saúde, *agentes* distintos inserem-se neste lócus de confluência de diferentes *campos* do CMS. A manutenção da ordem social, como propõe Habermas, exige uma ação orientada em conformidade com os padrões de comportamento do *campo*, exige a habilidade de comunicar-se e interagir.

### 3.4 Conclusões

Conclui-se que o *capital social* instituído e adquirido é fundamental para o papel de representante político dos CSs. Este impacta na escolha do *agente* como representante, no desempenho deste papel em sua relação com entidades e com os representados, ou seja, impacta diretamente no conhecimento da natureza da participação social nos Conselhos de Saúde. Implica que a prática participativa está pautada: tanto em regras legais estabelecidas, como também no desenvolvimento de relações sociais, de aproximações e distanciamentos entre *agentes* avaliados como contributivos para a efetividade da participação social; na eficácia do CS como representante político; e, na eficiência do Conselho de Saúde em produzir mudanças na situação de saúde do município.

Não se discute aqui se a cultura tradicional dos cidadãos, não-conselheiros, continua refletindo um baixo engajamento cívico e associativo, por mais que alguns resultados desta pesquisa corroboraram com este fato, uma vez que os cidadãos não são o foco de análise. O relevante se situa sobre o que o CS pode fazer para promover mudanças neste padrão cultural de modo a promover a mobilização social e efetivar a participação dos cidadãos na tomada de decisão.

Este estudo aponta que os CSs reconhecem as habilidades e limitações de seus pares como representantes políticos. Alguns *agentes* possuem um volume maior de *capital social* instituído, demonstrado na facilidade de se mover entre os *campos*, estar próximo aos seus representados, comunicarem e agirem através ação comunicativa expressada pela transmissão, a suas entidades e seus representados, de informações sobre o andamento das atividades do CMS-CG – pautas, deliberações e decisões. Outros *agentes*, com um acúmulo maior de *capital intelectual*, dedicam-se às comissões permanentes, trazem do seu *campo*, *agentes* não conselheiros para atuar como auxiliares técnicos e pareceristas.

Há uma articulação entre os *agentes* em torno de agir sobre as potencialidades de cada conselheiro de acordo com o *capital* incorporado. A participação e o papel de representação são qualificados com a incorporação de *capitais*. O ‘conteúdo normativo’ da prática participativa se estabelece através da comunicação entre CSs novos e antigos. A ação coletiva orientada para o fim de efetivar o controle e a participação social depende de que os *agentes* envolvidos construam esta ação e se inter-relacionem.

No espaço do CMS-CG novas formas de agir e se relacionar com os representados estão sendo pensadas, primeiro passo para a instituição de mudanças no sentido de aproximar estes *agentes*. Esta reflexão crítica provém do próprio conselheiro e perpassa a avaliação das lacunas de gestões anteriores do CMS.

Uma das estratégias considera o acesso à informação e apropriação de conhecimento sobre o que se deseja instituir, aqui referido pelos entrevistados como a compreensão por parte da sociedade civil do papel do CS. Iniciativas neste sentido foram relatadas por CSs e pela secretária executiva. No momento da pesquisa estava em fase de elaboração o jornal do CMS-CG, com projeto de periodicidade trimestral, tiragem inicial prevista para mil exemplares e distribuição efetuada pelos conselheiros às entidades e seus representados. Outra iniciativa tratava da implantação do site.

A avaliação do funcionamento e efetividade do próprio CMS-CG abre espaço para o surgimento de novos elementos voltados para o avanço no desempenho do papel de representante político.

#### 4. A contribuição da informação e do conhecimento para a prática participativa de Conselheiros de Saúde

Informação, conhecimento são mais do que palavras, conceitos ou objetos de estudos. Nélide Gonzáles de Gómez (79) atribui a estas um significado próprio no contexto econômico, social e político – o de mercadorização da informação, que tende a se reconfigurar como bem de *capital* e indicador de riqueza.

O presente capítulo não pretende focar ou ponderar sobre o conjunto de elementos que permeiam esta complexa discussão. Contudo, mencionar o contexto em que a informação e o conhecimento evoluem para um *capital* instituidor de poder faz-se necessário, a fim de situar o problema de pesquisa aqui investigado: qual a contribuição que a informação e o conhecimento conferem à prática participativa dos Conselheiros de Saúde de Campina Grande?

Desde o século XIX, os estudos sobre a realidade social e as relações sociais começaram a ser sistematizados, culminando com o surgimento das Ciências Sociais, conhecida como Ciência Moderna (80). Diversas correntes de pensamento analisam a sociedade e, ao se especializarem, derivam outras ciências que se empenham em tecer considerações e criar teorias para explicar a realidade, ou partes dela, nascendo assim áreas e subáreas de estudo.

A Ciência da Informação (CI) é definida em 1960 por Burko (81) como *campo* específico do saber, sofre transformações na década de 70 (80): “[...] horizonte de transformações das sociedades contemporâneas que passaram a considerar o conhecimento, a comunicação, os sistemas de significado e os usos da linguagem como objetos de pesquisa científica e domínio de intervenção tecnológica” (79 p. 2). Carlos Alberto Ávila Araújo (80) citando Ana Maria Cardoso, explica que neste período histórico há um redirecionamento da CI a partir do surgimento do ‘usuário’ no contexto de análise, também constatado por Ilara Hämmerli (82) e Aldo Barreto (83). Denise Nascimento e Regina Marteleto (84) compartilham desta mesma análise, citando Rafael Capurro e Birger Hjörland:

[...] o significado epistemológico da palavra informação foi transformado pela Modernidade em uma propriedade do homem” (84 p. s.p.).

[...] o Homem está presente em todos os momentos do processo informacional (82).

Assim, a CI é categorizada institucionalmente na área da Saúde Pública como integrante das Ciências Sociais (80). A Ciência Social passa a contribuir com seus métodos e práticas para o estudo (i) da informação com foco principalmente no indivíduo, e (ii) com linhas de pensamento que, como Gonzáles de Gómez (79) e Nascimento e Marteleto (84), seguem em defesa da análise da informação no contexto social – “a informação construída como prática social” (84 p. s.p.). Nascimento e Marteleto (84) discutem a inserção da ciência da informação na ciência social e ancoram-se na ‘sociologia da cultura’ de Pierre Bourdieu para explicitar o pensamento da prática informacional no *espaço social*.

São linhas de estudo que optam por se direcionar para o contexto das ações sociais em detrimento às linhas originárias da CI. As primeiras manifestações desse *campo* pretendiam estabelecer leis universais que representassem o fenômeno informacional postulando modelos matemáticos (Teoria Matemática da Comunicação ou Teoria da Informação), proposto por Shenon e Weaver em publicação de 1949 (81; 80), físicos (entropia) ou biológicos (teoria epidemiológica) (80).

Com o intuito de atingir o objetivo de identificar a contribuição da informação e do conhecimento para a produção da prática participativa dos Conselheiros Municipais de Saúde de Campina Grande, realiza-se uma busca acerca dos conceitos de informação e conhecimento para que, a partir destes, seja delimitado aquele no qual pretende se apoiar.

#### **4.1 Na busca pelo conceito de informação e conhecimento**

Diante dos vastos conceitos de informação, opta-se por aqueles que tratam do uso da informação consoante com o paradigma da comunicação, aliado àqueles nos quais o enfoque se situa sobre as práticas sociais, procurando manter a coerência com o pensamento de Pierre Bourdieu e Jürgen Habermas e com o objeto da pesquisa: a prática participativa.

Alberto Melo (81) resgata o estudo realizado por Chaim Zins (85), publicado em 2007, denominado ‘Mapa do conhecimento da Ciência da Informação’ que objetivou uniformizar o conceito de Ciência da Informação, sendo parte deste esforço situar os conceitos relacionados a esta ciência, quais sejam: dados (D – *data*), informação (I – *information*), conhecimento (K – *knowledge*) e mensagem (M – *message*), classificados com relação ao ‘fenômeno estudado’. Este estudo internacional foi conformado a partir do método ‘*Critical Delphi*’, que reuniu cinquenta e sete acadêmicos de dezesseis países num painel a

propor e discutir estes conceitos. O autor relata que foram propostos cinquenta conceitos para ‘Ciência da Informação’ que diferiam em relação ao ‘fenômeno estudado’, ao ‘domínio’ e ao ‘escopo’, e foram congregados em 6 modelos distintos:

*Modelo Hi-tech*: estudo de aspectos de mediação de fenômenos D-I-K-M como implementados no domínio da ‘alta tecnologia’ (aquela baseada em computadores/eletrônica);

*Modelo Tecnológico*: estudo dos aspectos de mediação de fenômenos D-I-K-M como implementado por todas as ‘tecnologias’ (ferramentas desenvolvidas pelo homem para atender a suas necessidades);

*Modelo Cultural*: estudo de aspectos de mediação de fenômenos D-I-K-M como implementado no domínio ‘cultural’ (atividade humana em geral e da criatividade no contexto social);

*Modelo Mundo Humano*: estudo de todos os aspectos de fenômenos D-I-K-M como implementado no domínio humano;

*Modelo Mundo Animado*: estudo de todos os aspectos de fenômenos D-I-K-M como implementados no mundo animado, humano e não humano;

*Modelo Mundo Físico e Animado*: estudo de todos os aspectos de fenômenos D-I-K-M como implementados em todos os tipos de organismos biológicos, humanos ou não e no mundo dos objetos físicos (85 pp. 340-341, 349).

Estes modelos são dispostos em um mapa, ilustrado na figura a seguir:

**Figura 02:** Mapa dos conceitos de Ciência da Informação.

		Scope	Domain	Explored Phenomena			
				Data	Information	Knowledge	Message
Characteristics	Mediating		Model (1) <b>Hi-Tech</b>	(Focusing on the mediating aspects of D-I-K-M as they are implemented in computer-based technologies)			
			Model (2) <b>Technology</b>	(Focusing on the mediating aspects of D-I-K-M as they are implemented in all types of technologies)			
			Model (3) <b>Culture/Society</b>	(Focusing on the mediating aspects of D-I-K-M as they are implemented in human societies)			
	Inclusive (all aspects)		Model (4) <b>Human World</b>	(Focusing on all aspects of D-I-K-M as they are implemented in the human realm)			
			Model (5) <b>Living World</b>	(Focusing on all aspects of D-I-K-M as they are implemented in the living world)			
			Model (6) <b>Living &amp; Physical Worlds</b>	(Focusing on all aspects of D-I-K-M as they are implemented in all types of biological organisms, human and non-human, and all types of physical objects)			

FIG. 1. A map of conceptions of information science.

Fonte: ZINS, 2007 (85).

A partir deste estudo e da análise destas definições de CI, Zins (85) delimita sua própria definição, a saber:

Com base na distinção entre o domínio subjetivo e universal de dado, informações e conhecimento, a CI se concentra no domínio universal<sup>5</sup>. O foco recai sobre perspectivas meta-conhecimentos do conhecimento universal. CI é o estudo da mediação das perspectivas do conhecimento humano. As perspectivas de mediação incluem os aspectos cognitivo, social e tecnológico e as condições que facilitam a disseminação do conhecimento humano a partir da origem para o usuário<sup>6</sup> (85 p. 339).

No sentido de diferenciar a CI das Ciências Cognitivas e das Neurociências, Zins (85) afirma que a CI explora a relação facilitadora entre o acesso e o uso do conhecimento humano objetivo em detrimento ao enfoque sobre o domínio subjetivo, cuja investigação se estabelece sobre a aprendizagem, ou seja, como se processa a compreensão, recuperação da memória e utilização do conhecimento.

Desta forma, é possível situar as diferentes conceituações do fenômeno D-I-K-M, segundo abordagens distintas. Para facilitar a comparação destas abordagens, descreve-se cada conceito no quadro que segue, esclarecendo que o primeiro trata-se do conceito inicial utilizado no painel para incitar a discussão aprofundada. Este conceito inicial parte do modelo matemático originário da CI.

**Quadro 03:** Quadro comparativo dos conceitos de Dado, Informação e Conhecimento.

<b>Domínio Conceito</b>	<b>Ponto de Partida</b>	<b>SUBJETIVO</b>	<b>UNIVERSAL</b>
<b>(D) Dado</b>	Conjunto de símbolos que representam percepções empíricas.	Estímulos sensoriais percebidos pelos sentidos ou seu significado.	Conjunto de sinais que representam estímulos empíricos ou percepções.
<b>(I) Informação</b>	Conjunto de símbolos que representam conhecimento empírico.	Conhecimento empírico. Tipo de conhecimento e não um estágio intermediário entre dado e conhecimento.	Conjunto de sinais que representam o conhecimento empírico.
<b>(K) Conhecimento</b>	Conjunto de símbolos que representam pensamentos que o indivíduo justificadamente crê que é verdade.	Um pensamento na mente do indivíduo, caracterizado pela crença justificada que é uma verdade. Pode ser empírico ou não.	Conjunto de sinais que representam o significado (ou o conteúdo) dos pensamentos que o indivíduo justificadamente acredita que sejam verdadeiros.
<b>(M) Mensagem</b>	Conjunto de símbolos que representam algum conteúdo significativo, em sentido amplo.	—	—

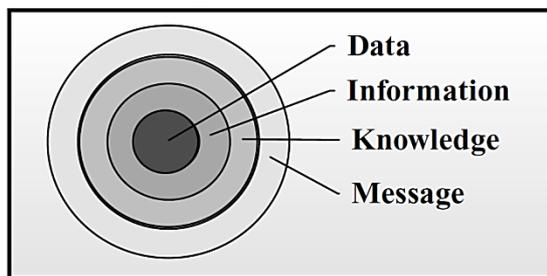
Fonte: Adaptado de Zins, 2007 (85) e Melo, 2010 (81).

<sup>5</sup>Para Zins, o domínio do universal refere-se ao domínio objetivo, em contraponto ao subjetivo.

<sup>6</sup>Tradução nossa.

Analisando o estudo de Zins (85), Melo (81) conclui que os conceitos D-I-K refletem concepções proposicionais, e que a abordagem mais comum da CI caracteriza-se por ser não-metafísica, humano-centrada, cognitiva e proposicional. Zins (85) propõe ainda um esquema do ‘fenômeno explorado’ na CI, segue abaixo.

**Figura 03:** Esquema proposto por Zins sobre o ‘fenômeno explorado’ na CI.



Fonte: Zins, 2007 (6).

Uma das definições que cabe destaque é proposta por Regina Marteleto, resgatada em estudo posterior realizado com Denise Nascimento (84): “informação não é processo, matéria ou entidade separada das práticas e representações de sujeitos vivendo e interagindo na sociedade, e inseridos em determinados espaços e contextos culturais” (84 p. s.p.).

Denise Nascimento e Regina Marteleto (84) resgatam diversos autores e os aspectos e conceitos de informação trabalhados. Um destes resgates, o de Michael K. Buckland, classifica os aspectos da informação: “(1) informação-como-processo, isto é, o ato de informar; (2) informação-como-conhecimento, sendo o conhecimento comunicado e (3) informação-como-coisa, funcionando como atributo para objetos, dados ou documentos” (84 p. s.p.). Por sua vez, Choo expõe que as pesquisas sobre informação situam-se sobre: (1) sistemas, determinação objetiva da informação e, (2) usuários, como uma construção subjetiva em que o conteúdo informacional é interpretado e combinado a outros conteúdos a determinar a validade e utilidade da informação.

Com o intuito de ressignificar um conceito de informação que seja “[...] capaz de criar ou ‘in-formar’ novos contextos de significado”, Denise Nascimento e Regina Marteleto (84) relacionam os conceitos da sociologia da cultura de Pierre Bourdieu ao paradigma social da informação de Birger Hjørland, de maneira que a informação “constitui a possibilidade de interpretação das posições dos sujeitos nas comunidades discursivas, mas, também, da posição do próprio grupo na estrutura social do *campo* e da sociedade”.

Os conceitos de *campo* e *habitus* de Bourdieu ampliam o conceito de comunidades discursivas de Hjørland, ao possibilitar o entendimento sobre o funcionamento e os embates das comunidades e o modo como produzem, mediam e fazem uso das informações. A hipótese é que, assim, os processos de produção, transferência e uso das informações como prática de um domínio de conhecimento revelam a *informação construída* pelas comunidades discursivas em seu ambiente social e cultural (84).

O conceito de informação, remetendo-se a definição baseada no saber popular, é genericamente utilizado com a significação de ‘conhecimento comunicado’ (81), como se a informação fosse um objeto que ao chegar às mãos do outro cumpre seu papel. Por mais imprecisa que pareça esta definição, há um elemento que serve de alicerce para a construção do conceito utilizado no presente estudo – o movimento. Antes de tudo, informação pressupõe movimento, ação.

Deste modo, Gonzáles de Gómez (86) recupera Latour:

[...] a informação é designada como “móbil imutável”, (sendo que o movimento de transporte parece substituir a força relacionante da intencionalidade e do sentido). Trata-se do que acontece em um movimento circular e expansivo, que recorre mais de uma vez aos mesmos pontos para instalar um domínio do movimento (de alguém, de algo, em alguma direção, por alguma razão). Como operador da relação que o movimento constitui, a informação se constitui no agir relacionante como memória da relação (86 p. s.p.).

A informação não é apenas um dado, ou a noção de conjunto de dados, mas é também o próprio dado. É algo crescente, dinâmico, aquilo dá qualidade ao dado e é “capaz de alterar as estruturas cognitivas do *agente*” (87). É ao mesmo tempo algo construído, pelo esforço individual e pelas interlocuções e inter-relações coletivas, sociais e culturais (82; 84). Mas ainda assim, não é conhecimento. Entende-se que a informação é o elemento a participar da produção do conhecimento – que se realiza no *agente* a partir de um trabalho, gasto de energia (83).

Percebe-se quão ampliado é o uso do termo informação. Adota-se, portanto, a informação como componente essencial mediador e força produtiva do conhecimento, do desenvolvimento intelectual, da produção de *capital cultural*, científico e simbólico dos *agentes*.

Para González de Gomez (79 p. 4), a *informação* como objeto cultural “indica um fenômeno, processo ou construção vinculado a diversos ‘estratos’ articulados de realização,

em contextos concretos de ação”. Forma parte desses estratos: a linguagem; os sistemas sociais de inscrição de significados; as infraestruturas das redes de comunicação remota; e os *agentes* e organizações que geram e usam informações em suas práticas e interações comunicativas.

E Ilara Hämmerli (88) por sua vez explicita que a informação:

[...] sempre é a representação de algo “é produzir um significado para algo...” (Fernandes 1993, p.136), a partir de uma seleção no universo dos saberes. Essa seleção se dá segundo determinados interesses (“olhares”) que se sobressaem de acordo com as relações de poder e produção de saberes/tecnologias. Seleção que se dá a partir de específicos recortes da realidade, fragmentando-a segundo intenções sobre o que destacar, camuflar, deturpar... (Re) ligando os fragmentos sob determinada e específica ordenação (88 p. 48).

Vale salientar que a informação é aqui entendida como um conjunto de “sinais” que, representando um conhecimento empírico, constitui práticas e representações e se realiza no *agente* que vive e interage com a sociedade (85; 84; 88). Então, percebe-se, à luz dessas definições, a afinidade entre informação e a prática do ser social caracterizada por uma série de interações e relações (80). No tocante à relação entre a informação e a produção do conhecimento, a primeira situa-se no contexto organizacional como um fluxo mediador do conhecimento, referindo-se à sequência e sucessão de eventos dinamicamente produzidos, que determinam a conexão ou a instabilidade dos acontecimentos relacionados com as práticas da informação (83).

**Figura 04:** Pirâmide de Fluxos e Estoques proposta por Hannah Arendt



**Fonte:** Barreto, 2002 (83 p. 3).

A condição da informação, ilustrada em forma de pirâmide de fluxos e estoques (Figura 04), como reflete Barreto (83 p. 3) ao estudar as noções de Hannah Arendt, “[...] é determinada pelo conhecimento, inteligência e saber. O saber tem, quando se nasce, uma condição de vida igual ao *labor*; o conhecimento surge pela conquista, pelo *trabalho*, e é inserido nas práticas de uma *ação* de inteligência com a realidade”.

Para Hannah Arendt *apud* Barreto (83), o *labor* é a vida, no sentido de processos biológicos cuja qualidade é um estoque de fatos, ideias e produtos da sensibilidade humana que se acumula com o decorrer da vida. Um processo implícito, uma condição dada à vida do homem que se transforma em outro estoque de informação. O *trabalho*, por sua vez, é o exercício das relações de troca de informações com a vida que, com apropriação e elaboração, produz o conhecimento. Já a *ação* é a atividade na qual há uma relação de troca entre os homens, condição de vida política, que põe em prática a inteligência, com a finalidade de modificar e estabelecer um acréscimo ao bem-estar da sociedade que o cerca.

Sobre a inteligência, Aldo Barreto (83) pontua:

[...] uma ação de introdução dinâmica de um conhecimento assimilado na realidade do receptor; pode ser caracterizada como uma ação social, política, econômica ou técnica; representa um conjunto de atos voluntários pelo qual o indivíduo reelabora seu mundo e tenta modificar seu espaço. Trata-se de um início do que não se realizou antes e que só se completa na pluralidade da política e resultará sempre em uma modificação como resultado da ação; ainda que possa ocorrer uma volta, para uma permanência ao estado inicial, o processo em si terá modificado a realidade (83 p. 3).

O saber corresponde, assim, ao conhecimento aceito e acumulado na mente, um estoque passível de ser reelaborado, que, no contexto social, serve para indicar o estado de desenvolvimento social e cultural atingido (83).

As ponderações sobre como se relacionam a informação com a produção de conhecimento explicam sua natureza, pois associa o desenvolvimento do indivíduo à sua liberdade, o poder de decidir sua vida à sua autonomia de viver, de transformar sua própria vida e seu cotidiano, além da relação com o Estado. Alguns destes pontos são discutidos por Ilara Hämmerli e Nélide González de Gómez (89):

A ‘Informação’ possui uma potência relacional que dificilmente se realiza na Saúde. Sua potencialidade integradora se dilui quando sua organização reproduz e fortalece a racionalidade hegemônica da fragmentação em seu

processo de biovigilância. É parte integrante dos dispositivos do Estado brasileiro de monitoramento de conflitos sociais e políticos que ganham sua expressão material nos processos de saúde/doença/cuidado da população (89 p. 323).

#### 4.2 A informação e o conhecimento para os Conselheiros de Saúde de Campina Grande

A ‘informação’ e o ‘conhecimento’ estão presentes como elemento da ação reflexiva e como inquietação do CSs de Campina Grande, em se tratando do acesso às informações, da apropriação do conhecimento e, principalmente, o modo como apreender e aprender.

Trata-se da ação reflexiva no sentido de ‘ação libertadora’, ação conquistada, referindo-se aqui à Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire (90). A necessidade autêntica de sair da posição de oprimido para o reconhecimento e recuperação de seu ideal, que ocorre quando o *agente* se percebe inserido na realidade, levando à crítica da sua própria situação. Os oprimidos só participam da elaboração de sua libertação quando percebem sua relação com os opressores (90).

É importante esclarecer que se utiliza ‘aprender’ no sentido de educar indicado por Paulo Freire: “a educação não pode ser o depósito de conteúdos, mas a problematização dos homens em sua relação com o mundo” (90 p. 77). Entende-se que, ao estabelecer uma relação com os elementos conceituais informação e conhecimento, os conteúdos – as informações – não podem ser depositadas.

Neste sentido, pode-se dizer que o ‘conhecimento’ é resultante de um processo de aprendizado, uma disposição para efetivar a prática participativa, para ser CS e representante político constituindo o *habitus* do CS.

O exercício da prática participativa é produto do contato com diversas estruturas sociais, com os *agentes* do *campo*, demais CSs, autoridades de saúde, sociedade civil, ou seja, “em sua relação com o mundo”. *Agentes* racionais realizando práticas que reproduzem ou transformam as estruturas sociais. Lembrando que esta racionalidade não é o produto de uma razão autoconsciente representado de forma clara e explícita, mas sim a operação prática do *habitus* – “o produto da incorporação, sob a forma de disposições, numa posição diferencial no *espaço social*” (6 p. 114).

Por sua vez, a ‘ação’ para Habermas, é um *agir comunicativo*, ação social que se dá pelos atos da fala, da comunicação; que se realiza através das tomadas de posição; racional em meio a circunscrições e coerções do mundo da vida.

Como dito antes, Bourdieu e Habermas aproximam suas teorias ao tratar a ‘ação social’ como objeto cuja variável pode incluir ou não o processo racional, o nível cognitivo, a influência da história de vida embutida no processo de agir.

Os CSs de Campina Grande consideram a necessidade de buscar informação e de se apropriar de conhecimento no momento em que são indicados conselheiros e, portanto colocada a responsabilidade de cumprir seu papel.

Ao tomar posse no CMS-CG, os CSs recebem uma pasta contendo diversas informações, a saber: legislações sobre SUS, sobre Conselhos de Saúde, Lei Orgânica, Regimento Interno do CMS-CG, bem como informações específicas sobre saúde e sobre doenças. Um dos entrevistados afirma que há outros que também partilham informações com os demais, assim como faz a secretaria executiva do conselho, o presidente do Conselho e a SMS. As atas e pautas das reuniões são periodicamente enviadas principalmente pela internet para os CSs.

Entretanto, a informação possui um potencial relacional, dependente de movimento, de chegar até o outro e se realizar no outro (88). Assim, a disponibilidade e o acesso à informação não garante a apropriação da informação no *agente*. É por este motivo, que alguns CSs, em uma análise sobre seus pares, problematizam que os CS não leem as informações que recebem. Destarte, os documentos, leis, atas, reduzem-se, neste caso, a ‘mensagens’ – remetendo-se a Zins (85) – vazias e não constituem informações utilizadas como um instrumento potencial para o desenvolvimento do agir, para o exercício da participação social e luta pelos direitos (24; 91), exercício da prática participativa. Termina por ser uma ação limitada, produzida por uns, mas que não encontram a recepção no outro, podendo desqualificar a atuação do CS e a participação social.

O alicerce para compreensão e explicação de como os CSs se apropriam da informação leva em conta a ‘mudança de direção de conceitos e práticas de saúde’ (92) ocorrida nestas duas décadas de SUS. O Guia de Referência para Conselheiros Municipais de saúde, de autoria de Eugênia Lacerda (77) e publicação do Ministério da Saúde, tem como conteúdo inicial o conceito de saúde e sua transformação após a Constituição.

Este explica que a Constituição Federal de 1988 é um marco importante para o setor Saúde porque o definiu como setor de relevância pública, colocando a saúde como um bem

universal prioritário e condição para uma vida digna e produtiva. Até 1988, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem-estar físico e mental (77). Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para assistência médica curativa, individual e hospitalar, em detrimento às ações preventivas, de caráter coletivo, foco da Saúde Pública. “Este novo significado<sup>7</sup> de saúde passou a exigir novas práticas dos serviços de saúde porque, ao ampliar o conceito anterior, tornou necessária uma mudança na organização e nas formas de prestação destes serviços” (77 p. 78).

Pela crescente demanda mundial por maior desenvolvimento e progresso social, a própria OMS amplia seus objetivos e os expõe na conferência de Alma-Ata (93).

A I Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa, ocorreu em resposta à crescente demanda por um novo conceito de Saúde Pública. A conferência tomou como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da ‘Declaração de Alma-Ata’ e do documento ‘Saúde para todos no século XXI’ da Organização Mundial da Saúde (OMS) (94). Nesta conferência foi criada a Carta de Ottawa que define a ‘promoção da saúde’:

[...] como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor Saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (20, s.p.).

Giovanni Berlinguer (1996) considera que a concepção de saúde contemporânea, fruto do desenvolvimento da medicina ocidental sobre os estudos do corpo e das enfermidades, além do assistencialismo, reflete a consistência de um princípio moral, a saúde como valor em si mesmo, associada a um objetivo jurídico-político, o direito à saúde.

Marco Segre e Flávio Ferraz (95) problematizando o conceito de saúde da OMS situa sua análise num enfoque subjetivista, e coloca que a qualidade de vida só é possível de ser avaliada pelo próprio sujeito (95). Maria Thereza Coelho e Naomar de Almeida Filho (96 p.

---

<sup>7</sup> A autora, Eugênia Lacerda, contextualiza o ‘novo significado’ e faz referência ao conceito ampliado de saúde.

329) concordam que “um indicador de saúde postulado pela ciência como universal e presente em todos os indivíduos pode não ser considerado por um dado grupo social ou por determinado indivíduo como ‘signo’ de saúde”.

Por sua vez, para José Ricardo Ayres (92), o senso comum não dissocia as noções de saúde e doença em situações polares, positivas e negativas, dito que uma noção sempre está remetida à outra. O autor defende que “uma polarização obscurece o sentido positivo de saúde por trás do conceito de doença” (92 p. 46) e o que este busca é noção a que refere saúde ou doença em cada um dos paradigmas colocados, seja o paradigma da promoção da saúde – denominada em sentidos semelhantes como ‘humanização da saúde’, ‘medicina centrada no paciente’ – ou da prevenção da doença.

É consenso entre os autores supracitados (77; 92; 96) que a concepção de saúde é capaz de promover a revisão e transformação das práticas de saúde.

Assim sendo, procede-se à análise dos conceitos de saúde, SUS e fatos marcantes desde sua implantação, da perspectiva dos CSs de Campina Grande. Dentre todas as perguntas realizadas a cada entrevistado, falar sobre seu entendimento do que é saúde e sobre o SUS foi o momento da entrevista que demandou mais tempo, raciocínio e elaboração para iniciar a resposta. Deste modo, identificam-se três eixos distintos:

- I. O conceito ampliado de saúde, situado sobre a questão da qualidade de vida, é multidimensional, abordado com a questão dos determinantes sociais; concepção de 60% dos entrevistados, sendo 45% destes do segmento dos usuários.

*Quando eu estudava dizia que saúde é o perfeito bem-estar físico, mental e emocional. Mas para mim, saúde não é o perfeito bem-estar mas sim a condição que o ser humano tem de viver uma vida digna. E esta vida digna está em todas as esferas, sócio, político, cultural e religiosa. Porque saúde para mim não é estar sem dor ou sem ferimento, mas é estar se sentindo bem, ser acolhido, se sentir amada, ter condição de trabalhar, ter segurança, ter escola de qualidade, ter moradia digna. Saúde é tudo isso, ter o dinheiro da feira, e quer ver alguém adoecer é chegar o dia da feira e não ter dinheiro. Já não vai ter saúde porque vai passar a noite sem dormir, começa a dor de cabeça (Conselheiro 06, 02/09/2010).*

- II. Saúde como a ausência de doença no contexto de defesa à prevenção da saúde, concepção de 15% dos entrevistados.

*A saúde pra mim é as pessoas não adoecerem, né?! A saúde precisa ser vista de forma preventiva e não de forma curativa, você tem que tá ali... Construir tantos leitos, investe tanto naquilo e naquilo outro, mas não se investe tanto na prevenção. Então, a saúde para mim é as pessoas terem condição de não adoecer, de ir ao médico para não adoecer e não, doentes. Saúde para mim é antes (Conselheiro 11, 03/09/2010).*

III. Saúde é tudo, é vida, é o cumprimento do direito constitucional à assistência médica; concepção de 15% dos entrevistados.

Segue que 10% dos participantes do estudo possuem uma concepção a associar os eixos I e II. Importante destacar que nenhum CS remete o conceito ampliado de saúde à promoção da saúde, embora remetam a ausência de doenças à prevenção da saúde.

Os três entrevistados (15% do total) que fazem referência ao eixo II pertencem, cada um, a um segmento distinto de CS. Ainda que não haja correlação com segmento representado, percebe-se uma correlação com *capital cultural* incorporado no *agente*, pois todos estes referem uma atuação no setor Saúde de no mínimo 20 anos, elemento importante de suas histórias de vida. De tal modo, vale retomar Bourdieu ao citar que acúmulo de *capital cultural* exige tempo e investimento pessoal, é produto da ação histórica e, como tal, se caracteriza como um *habitus* no *agente*. Estes CSs acompanharam, em parte de suas vidas, o conceito de saúde associado ao eixo II, visto que esta era a concepção compartilhada socialmente antes da Constituição de 1988.

O conceito de saúde do eixo I refere-se a um conceito recente, amplamente socializado após Constituição de 1988, constando em vários instrumentos de capacitação CS e informações que objetivam esclarecer acerca do papel do CS e acerca da participação social.

Os entrevistados também foram questionados sobre o SUS com a finalidade de compreender se o conhecimento destes reflete o entendimento do sistema pelo qual são responsáveis por fiscalizar, controlar e atuar propositivamente. As respostas estão centradas sobre os ganhos que a sociedade civil teve com a instituição do SUS e também sobre as limitações deste. Assim, o princípio da universalidade é expresso de forma recorrente como um ganho: não apenas para os brasileiros, mas também para os estrangeiros residentes no país; ganho sobre o momento histórico anterior em que os trabalhadores eram os únicos com direito à saúde ofertada pelo governo; ganho para população carente; para aqueles que possuem plano privado, pois este também possui limitações quando se trata da cobertura num maior nível de complexidade de assistência à saúde. Os exemplos se repetem entre os CSs: transplantes, tratamento cirúrgico e ambulatorial do câncer, exames de diagnóstico de alto

custo, tratamentos medicamentosos em longo prazo e/ou de alto custo. Outros princípios do SUS são relacionados: a equidade, a integralidade e a regionalização.

Os CSs, durante a entrevista, são convidados a se colocar na situação de explicar do que se trata o SUS e relatar os fatos mais marcantes a partir de suas perspectivas. Estes seguem em defesa do sistema, esclarecem que se trata de um projeto primoroso em sua formulação, mas não negam os problemas existentes em temas distintos, a citar: gestão deficiente dos recursos financeiros; falta de regulamentação financeira e o subfinanciamento do setor Saúde; carência de recursos humanos no setor; falta de humanização no atendimento ao usuário; limitação importante da assistência médica e farmacêutica, principalmente no nível secundário; desinformação da própria sociedade civil sobre o SUS, e por sua vez, sobre o papel do CS, sobre seu direito de cidadania – direito à saúde ofertado pelo Estado, desinformação sobre a existência de instâncias adequadas às reivindicações, demandas e propostas; insuficiente mobilização social.

*É uma conquista de todos nos brasileiros, imprescindível para vida política e social do país. Ele é capaz de chegar da Amazônia ao condomínio fechado da Barra da Tijuca, do mais pobre ao mais rico. O povo brasileiro, por uma questão de mídia, infelizmente aprendeu que o SUS não é bom. Mas ele é capaz de dar repostas positivas mesmo neste cenário tão difícil. Por exemplo, no ano (2009) passado foi feito 17 mil transplantes, em torno de R\$ 15 mil cada. Isso nem país de primeiro mundo consegue fazer. Atenção básica tem 45 mil agentes comunitários no Brasil já o exercito americano tem 90 mil pessoas para fazer guerra no Iraque. Essa propagação do SUS, essas vitórias dentro do SUS por mais deficiência q tenha, são fantásticas. Mais uma vez a questão do financiamento, se o MS colocasse 10% da seguridade na saúde, a gente teria outro patamar. Vencer a corrupção que é muito grande (Conselheiro 03, 01/09/2011).*

*É bastante complicada e bastante interessante sua pergunta. Ficaria dividido entre a razão e o emocional porque eu ia explicar que a postura ideológica do SUS é um plano a ser executado por qualquer sociedade que queira fazer uma saúde de qualidade. A estrutura do SUS é um grande rascunho para qualquer projeto de saúde pública do mundo. Eu acho que ia entrar no romantismo... Eu começava destacando a importância de você construir o SUS a partir das comunidades. Discutir o que é o SUS a curto e médio prazo, porque é uma forma de você ir mostrando o presente, na perspectiva de futuro é que você envolve a comunidade. Então, vamos discutir o SUS não de cima pra baixo, mas de baixo pra cima com as bases. Eu destacaria isso. Destacaria a importância de fazer esse debate com a sociedade e construir ele independente dos partidos, dos grupos e dos interesses de famílias porque hoje se você ver a questão da saúde é o hospital não sei de quem, a família tradicional não sei das quantas. E vai por aí. Construir um projeto de saúde independente, nas três esferas e paritário como é a representação do SUS (Conselheiro 11, 03/09/2010).*

*Diria que o SUS deveria ser melhor esclarecido à população, para que a população tenha acesso às informações, quem se beneficia, de onde vem os recursos, como é utilizado esses recursos. Eu começaria descrevendo realmente o que é o SUS, o que torna legitimamente e legalmente o SUS, está embasado aonde. As pessoas acham que o SUS é só ir no posto de saúde e ser atendido, mas o SUS não é só isso, existe toda uma gama de conceitos que a população desconhece. E por tabela, se você desconhece o que é o SUS você também desconhece qual o papel do Conselheiro. Se você não tem esse entendimento. E a partir deste conceito do que é o SUS e, sobretudo deixar claro nessa carta que o SUS é um sistema, não é um plano de saúde. Que todos pagam este imposto por ele, todos temos os mesmos direitos, não só de atendimento, mas de cobertura em qualquer parte do território nacional, a universalidade. Deixar claro que os recursos que são destinados para ele são mal alocados e realmente não condiz com o que deveria ser feito. Deixa muito a desejar, não só na aplicabilidade dos recursos, mas naquilo que ele deveria fazer. Isto que está incorreto, na minha opinião, o recurso tem agora como ele é destinado, e como ele chega até lá que é o x da questão. E para finalizar esta carta, ia sensibilizar as pessoas, que não é fácil, a gente não conscientiza, mas tenta sensibilizar um pouco, para que as pessoas se apoderem deste SUS, deste instrumento, deste conceito. Que vá à luta, não só na teoria, mas na prática. Que lute pelos seus direitos que está previsto na Constituição (Conselheiro 07,02/09/2010).*

*Diria que o SUS é a maior revolução em andamento da América Latina, é uma política de inclusão cidadã. Não é à toa fazer um sistema de saúde que contempla 192 milhões de pessoas gratuitamente. Eu vejo alguns sistemas do mundo, tive visitando alguns países e nenhum deles se compara com o nosso, pelo nível de universalidade, de complexidade, num país que tem uma história democrática recente, 25 anos de democracia. Estive recentemente na Alemanha e no Chile, os sistemas de saúde públicos, voe tem que pagar a contrapartida, tem coparticipação. O SUS é o único plano do mundo que dá da vacina ao transplante. Nenhum outro sistema do mundo, nem o canadense que é um dos mais avançados, dão isso. Interessante que o SUS para continuar sobrevivendo mata um leão todo dia, porque tem muita gente que tem medo que ele seja pago, principalmente quem produz procedimento assistencial, curativo. Como nosso modelo é médico centrado então a gente ainda tem uma participação na parte curativa do processo. (Falaria) Também que a gente tenta discutir e aprovar o que estamos planejando de ações e de política para saúde do município (Conselheiro 12, 30/08/2010).*

Assinalam-se também soluções para a questão do financiamento da saúde como considerar os resultados das pesquisas científicas concernentes a avaliação do setor, dos Conselhos de Saúde e da gestão. Com o SUS houve o fortalecimento das instituições no intuito de promover o controle social, exemplificado pela a articulação do CMS-CG com o Ministério Público que agem a fim de fazer cumprir as decisões do CMS.

Os entrevistados apontam que o meio utilizado para acessar informações de forma a incorporar *capital simbólico* são: a internet – utilizada por 75% dos entrevistados; a própria reunião do CMS-CG – 20% dos entrevistados, a incluir a interação direta entre os *agentes*

e/ou a ação comunicativa presente nas plenárias; TV – utilizada por 15% dos entrevistados, e citando um canal exclusivo sobre saúde – Canal Saúde; rádio por 10%; jornal por mais 10% dos entrevistados, abrangendo o Boletim do distrito de Campina Grande; e também há a menção do uso do telefone e a participação em Congresso sobre Saúde Pública.

Ilara Hämmerli *et al.* (97) relacionam que os principais obstáculos foram para incluir os cidadãos nos mecanismos de participação são diretamente associados a questões relativas à informação e ao conhecimento. Em pesquisa com Conselheiros de Saúde em torno da temática da inclusão digital, verificou diversas questões preponderantes para o exercício do controle social e ampliação das práticas participativas, segundo a perspectiva do uso e apropriação das informações em saúde, os processos educacionais e de treinamento dos conselheiros, o protagonismo dos conselheiros, e a relação entre estes, o Estado e os cidadãos.

Dentre as várias constatações: (I) desigualdade de acesso entre os conselheiros do segmento dos usuários em comparação com os do segmento dos gestores, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde; (II) diferenças locais e regionais, de disputa de poder e favorecimento de interesses, determinantes e condicionados pela busca da informação e do assunto em pesquisa; (III) reconhecimento por parte dos conselheiros acerca do valor da informação para debate crítico e participativo; (IV) os conselheiros dos segmentos dos usuários se responsabilizam pela defesa do SUS e como *agentes* no exercício do controle social, para isso demandam maior transparência e respeito ao segmento dos usuários e à instituição ‘Conselho de Saúde’ por parte dos governos; (V) reivindicação do uso de linguagem acessível e interpretação de indicadores de saúde; (VI) reconhecimento do próprio valor enquanto *agente* social, cidadão em busca de ampliação da democracia participativa (97).

A produção da prática participativa de CSs é mediada tanto pela questão do uso e apropriação das informações que remete a um sentido individual, dependente do trabalho de acumulação de *capital* dos *agentes*, quanto pelo retorno que estes têm da sociedade civil, dependente de sua ação comunicativa e de sua atuação como representante político desta sociedade.

O funcionamento adequado do Conselho de Saúde exige que seja representativo e tenha legitimidade. A legitimidade é entendida como “a condição que um CS, ou mesmo uma decisão, adquire quando verdadeiramente representa as ideias de um grupo ou de toda a sociedade” (77 p. 84), ou seja, a presença do apoio, consentimento e confiança da sociedade ou do segmento que representa (77).

No caso em estudo, os próprios CSs de Campina Grande avaliam que sua legitimidade é restrita. Para lidar com esta questão, os conselheiros criam estratégias pessoais para se apropriar das informações e construir o conhecimento de forma a qualificar sua atuação como CS.

*A maioria dos CS do segmento dos usuários é distante da questão da legal e técnica. É um desafio a vencer, precisamos criar métodos. [...] mas sou autodidata, leio muito e a internet facilita. Se sabe procurar, ver uma portaria, um parecer... tem até modelos de ata na internet, de parecer, é um grande mecanismo, precisa trazer essa ferramenta para dentro dos CMS. Tem uma série de programas que têm favorecido isso, programas de inclusão, com relação ao uso da tecnologia para dar treinamento aos conselheiros. Sou grande telespectador do Canal Saúde, repasso para os CS a programação, até usei um filme - mostrando a história da participação da sociedade no SUS para motivar os CS a participar da conferência (24/08/2011).*

Umberto Pessoto *et al.* (39) verificam a presença de outra estratégia frente à insuficiência de informação e formação dos CS para participação neste espaço que exige qualificação política e técnico-institucional – a formação de comissões para o aprofundamento de temas mais importantes. Estes autores indicam que isto ocorre em sete municípios de MG. E no caso de Belo Horizonte, os CSs conformam grupos para discutir Financiamento, Recursos Humanos, Controle e avaliação, Comunicação e Municipalização. Em Campina Grande, por sua vez, identificam-se, cinco Comissões Temáticas, registradas no Regimento Interno:

- I – Comissão de planos, projetos e programas
- II – Comissão de Recursos Humanos
- III – Comissão de Acompanhamento da Gestão do Sistema de saúde;
- IV – Comissão de Orçamento e Finanças;
- V – Comissão de Implementação do Controle Social.

Apesar do estabelecimento destas estratégias, 95% dos CSs afirmam necessitar de capacitação para efetivar a prática participativa, enquanto apenas 5% dos CSs do segmento dos gestores indicam que a própria “experiência de trabalho já os capacita para que ele possa ter a condição de representar seu segmento” (Conselheiro 14, 01/09/2010), ou seja, associa a experiência de vida, o *capital* incorporado, à produção da prática participativa.

Retomando o conceito de ‘prática participativa’ proposto neste estudo, relembra-se que inclui em seu escopo ações e estratégias mediadas pela apropriação de informações, conhecimento construído a partir do produto desta apropriação, *agir comunicativo* permeado pelo *interesse* em efetivar a participação social, a envolver as aptidões, as competências, os saberes, a história de vida, as crenças e o valor dado à prática a que se destina o fim.

O contato com uma gama imensa de informações novas, novos documentos, orçamentos, relatórios de gestão, plano de saúde, procedimentos, todo um *capital* a ser instituído, um *agir comunicativo* a ser produzido, levam o próprio conselheiro a considerar a capacitação como um item essencial para o exercício da prática participativa.

Entretanto, o próprio livro base que serve a capacitação do CS, intitulado ‘Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde’, pondera que:

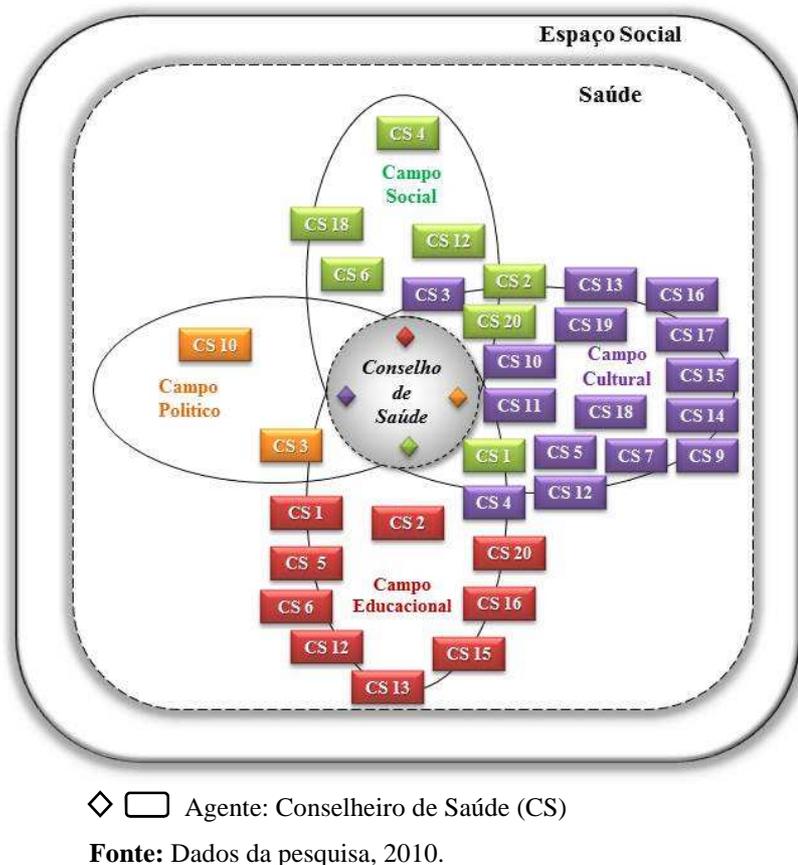
O Relatório de Gestão pode ficar tão complexo que é preciso uma análise mais detalhada e emissão de pareceres feitos por um grupo técnico do Conselho de Saúde. Pode ocorrer, também, que seja necessária a convocação de técnicos do setor de planejamento da Secretaria, que geralmente é o responsável pela elaboração do Relatório, ou de outros setores, para prestarem esclarecimentos aos Conselheiros (75 pp. 95-96).

Assim sendo, a capacitação também é vista como uma forma de reduzir a necessidade de ter assessoria para a interpretação de documentos. É também expressa como mecanismo para lidar com a rotatividade sistemática dos CSs, essencialmente do segmento dos usuários, que se apresentam “*distantes da questão legal e técnica*” (Conselheiro 02, 24/08/2010).

Dado importante concerne à relação do conhecimento do CS, do ‘*discernimento do que é certo e errado*’ (Conselheiro 6, 02/09/2010), com o grau de instrução (Conselheiro 2, 24/08/2010). O Conselheiro 02 sustenta que a indicação e escolha do CS deve seguir alguns critérios como por exemplo o grau de instrução de nível médio ou formação na área de saúde. Estas apreciações foram efetuadas por CSs do segmento dos usuários, e percebe-se que independe do tempo de duração da representação política como CS, já que o Conselheiro 06 acompanhou a história do CMS desde sua implantação e o Conselheiro 02 teve contato na maior parte de sua vida. Porém, este resultado refere-se ao momento específico da entrevista quando surge o questionamento sobre a capacitação.

Em pergunta anterior, que faz alusão à perspectiva do CS de como é participar de um Conselho de Saúde, surgem reflexões sobre a capacitação, tratada como necessidade para o pleno exercício da prática participativa (Conselheiro 06, 07, 12, 15) e como um ganho para o *agente* associado à apropriação de conhecimento, pois é vinculada a aquisição de *capital cultural*, social, simbólico, político, ou seja, ser CS traz benefícios que são percebidos pelos próprios sujeitos.

**Figura 05:** Esquema de aquisição de *capital* pelo CS-CG a partir da perspectiva de sua atuação.



A figura 05 demonstra o esquema de aquisição de *capital* pelos CSs de Campina Grande, elaborado a partir do relato dos entrevistados e de suas perspectivas acerca da prática participativa desempenhada. Depreende-se que o acúmulo de *capital simbólico*, parte do *capital cultural*, é o *capital* adquirido pelo reconhecimento da competência legitimada por aqueles nos quais está conectado, adquirido por direito, através das da importância como CS e dos sentimentos de gratidão, valor, utilidade, 'tarefa digna' e responsabilidade para com a

saúde da comunidade. Vários CS acumularam tipos diferentes de *capital* durante sua prática participativa, expressivamente o *capital cultural*, na forma de apropriação do conhecimento.

O acúmulo de *capital cultural* se dá em 85% dos participantes do estudo, caracterizado também como qualificação adquirida pela educação doméstica, um bem herdado, durável, dependente de aprendizado e trabalho de assimilação. É referido pelos próprios CSs como um ‘aprendizado’ estimulado pela prática participativa, pelas crenças no bem comum e na saúde como um direito universal; pelo interesse em seguir com pós-graduações acadêmicas, interesse que surge após a eleição como CS.

O *capital educacional* foi caracterizado pela capacitação diretamente relacionada ao Conselho de Saúde, oferecida por este no mandato atual ou em mandatos anteriores, atribuído pela participação em eventos relacionados à prática participativa, e quantificado como presente em 65% dos entrevistados.

O acúmulo de *capital social* presente em 35% dos entrevistados, é analisado a partir do relato da existência de uma rede de relações/conexões sociais, como uma credencial que lhes confere direitos e os legitima, pelo esforço de sociabilidade ou pela existência de um nome de família que lhes confere tal *capital*.

*O nosso engajamento, nossa atuação na vida de comunidades, da população faz com que sejamos indicados a partir do próprio desempenho e também a partir da visão sócio, político cultural que temos (Conselheiro 06,02/09/2010).*

O *capital político* é explicado por Bourdieu (55) como aquele que exerce uma transformação nas relações de forças, em que o agente se ver dotado do poder de mobilizar outros agentes, na “materialização em ‘máquinas’ políticas, em postos e instrumentos de mobilização de interesses e sua reprodução contínua por mecanismos e estratégias” (55 p. 194), na manutenção destes postos, e/ou dotado de “competência legal e técnica que a participação ativa na política exige” (55 p. 164). É observado no relato de 10% dos CSs, que se percebem dotados deste tipo *capital*.

*Sempre tive uma identificação grande com a questão política, e o CMS é uma forma de fazer política, não política partidária, política voltada para o social, de contribuir para melhoria. Eu me sinto muito bem em atuar como CS, dá muito trabalho, despende tempo, desgaste com o poder, por exemplo.*

*Eu lido bem com os problemas que o Conselho de Saúde gera (Conselheiro 3,(01/09/2010).*

*Minha participação dentro do conselho me leva a continuar para conseguir coisas para o usuário como já consegui para os assentamentos (Conselheiro 10,24/08/2010).*

Um dos entrevistados do segmento do usuário aponta que a capacitação por mais que promova avanços no funcionamento do CMS-CG, é insuficiente para lidar com as demandas impostas. Outro CS do mesmo segmento refere que a responsabilidade da capacitação deve ser do gestor municipal.

*Participar é ficar a par dos problemas e tentar achar soluções. Gosto de estar ali, porque estou vendo os problemas e falando. Muitas vezes nós não resolvemos, mas falamos que existe. Às vezes dá tristeza, porque quem pode resolver não demonstra interesse em melhorar a qualidade de vida dos usuários, embora o discurso seja outro (Conselheiro 4, 02/09/2010).*

*Acho que a responsabilidade de capacitar o conselho seria do gestor municipal (Conselheiro 07,02/09/2010).*

Esta afirmação faz relação com o conceito de participação social, uma vez que prevê um compartilhamento de responsabilidades e de decisões sobre o planejamento e gestão em saúde em prol de beneficiar a saúde do município. Entende-se que o entrevistado associa a responsabilidade incorporar a participação do CS nas tomadas de decisão às autoridades gestoras de saúde, uma vez que estas continuam a utilizar tradicionalmente a formalidade técnica em seus documentos, antes de considerar que o CMS fará uma análise documental e de procedimentos para proceder às decisões.

No entanto, o fato das informações, na forma de documentos, permanecerem em linguagem não compreensível aos CS, não se remete ao mandato atual, ou ao município em estudo. Verifica-se que isto se dá em diversos espaços onde persiste a luta contra “tradições clientelistas, com manipulação da participação social, e o descrédito, por parte da sua própria população quanto à política” (91 p. 118). Luta contra a hegemonia do Estado e suas autoridades num papel regulador da sociedade civil, de detentor do poder e do saber gestor sobre esta, e, assim sendo, distante das práticas de transparência pública, participação social e valorização das demais arenas decisórias.

Com a Constituição de 1988, estes papéis mudam, assim como há uma reversão do foco de destino do controle social – sociedade participando da gestão, diferente de controle

sobre o Estado – as práticas coercitivas são gradativamente sendo transformadas, com a inclusão do contexto em que a sociedade civil se organiza em prol de um projeto político que considera a defesa do direito à saúde de um todo coletivo (91). Acredita-se que para ocorrer esta transformação faz-se necessário às autoridades gestoras a aquisição de um novo tipo de *capital* até então relegado ao segundo plano, o *capital social*, em detrimento do *capital político* e principalmente do tipo partidário.

É citado durante o estudo que o Tribunal de Contas (TC) do Estado questiona a capacidade do CMS-CG de avaliar, por exemplo, o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde. O sentido do questionamento se dá em função do tempo que os CSs levam para realizar as avaliações destes documentos, implicando no questionamento da habilidade técnica dos *agentes*.

Ao mesmo tempo, esta questão impacta diretamente na organização da SMS em fornecer os relatórios. Os CSs expõem que os documentos são entregues com prazo curto para avaliação. Assim, os entrevistados propõem que a SMS elabore uma agenda, com prazos pré-definidos de entrega e análise destes documentos. Deste modo, quando o TC realiza uma inferência contra a habilidade dos CS é preciso considerar todo o contexto, *agentes* envolvidos e momento histórico, e evitando circunscrever a análise, diante da presença de outros fatores inter-relacionados.

Assim como constata Willer Marcondes (91 p. 119), este estudo também avalia que é “recorrente a preocupação dos CS com a capacitação e disponibilidade em desempenhar suas atribuições de forma autônoma e propositiva”. A capacitação se mostra como um momento de informação e formação, em que os educadores e os educandos trocam conhecimentos e experiências (76 p. 97).

No mandato atual iniciado em abril de 2009 até o período da coleta de dados deste estudo, em setembro de 2010, a capacitação dos CSs não havia acontecido. A pesquisa de Rasga e Escorel (69), datada de 2006, informa que o CMS-CG teve conselheiros capacitados no ano de 2003. De acordo com o presente estudo e com o de Rasga e Escorel (69), as capacitações não tem periodicidade anual, mas ocorrem dentro de um mesmo mandato, ou seja, uma a cada mandato de 3 anos.

Apesar da capacitação não ter acontecido até o momento da entrevista, os participantes do estudo afirmam que o assunto já constava em pauta para planejamento e definição da agenda de uma capacitação, a saber, o Treinamento sobre Finanças a ser ofertado pelo TC. Assim, a crítica do TC acerca da habilidade/qualificação dos CS ganha outro

significado no momento em que esta instituição se dispõe a capacitar, a se envolver e ser facilitador da oferta de *capital educacional*. Isto também demonstra a presença de uma ‘articulação’ do CMS-CG com outras instâncias com o intuito de promover uma melhoria em seu funcionamento.

Verifica-se que 70% dos entrevistados já tinham realizado capacitações em mandatos anteriores, sobre diversos temas como: ser Conselheiro de Saúde, tendo como instrumento desta capacitação a “Cartilha do Conselheiro de Saúde” (98); Gestão do Conselho de Saúde, ofertado pelo Conselho Estadual de Saúde da Paraíba; Legislação do SUS; sobre o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; Políticas Sociais; Análise de Conjuntura Política; Recursos Humanos; Orçamento público, Planejamento do Sistema de Saúde; Telessaúde; e Inclusão Digital.

Dentre os sujeitos do estudo, apenas um CS teve oportunidade de participar de duas capacitações, mas não o fez pela indisponibilidade para tal. É digno de nota que este CS é membro suplente. Rosângela Cotta *et al.* (78) constata que a reduzida participação dos suplentes constitui um ponto negativo para funcionamento do CMS.

Os autores citados anteriormente (78), após constatarem em resultados de estudos a necessidade do empoderamento dos Conselheiros de Saúde e da formação de competências realizam o curso de formação intitulado ‘Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos Conselheiros de Saúde’, em outubro de 2007, no município de Viçosa – MG. O objetivo do curso foi fortalecer e qualificar o exercício da cidadania, conscientizar sobre sua função de representação política e promover o reconhecimento do Conselho como arena que congrega diversos interesses plurais em prol da sociedade.

Ao comparar os resultados do Conselho de Saúde do município de Viçosa com o de Campina Grande, confirmam-se semelhanças. Os CSs de Viçosa, MG, também identificam como pontos negativos a dificultar o funcionamento do CMS: a falta de acesso aos dados orçamentários e a prestação de contas municipal, a falta de embasamento e condições de análise para votação, falta de visibilidade e conhecimento do CMS e suas funções pela população, falta de vínculo com suas bases, ou seja, entidades e comunidade representadas (78). De tal modo, Rosângela Cotta *et al.* (78) descrevem que os próprios CSs atrelam estes fatores a uma insuficiente capacidade deliberativa por parte do CMS.

### 4.3 O conhecimento integrado à produção da prática participativa

Caracterizar conhecimento é posto como um desafio e polêmica desde os filósofos antigos, e persiste até os dias atuais. O conhecimento, como meio para o progresso intelectual, é assunto que perpassa os séculos, uma vez que a própria ciência inicia com o conhecimento filosófico como tentativa de uso da razão<sup>8</sup> (99).

Eis que a filosofia perfaz uma jornada entre Platão e a forma moderna da epistemologia posta por Descartes para definir os limites entre a opinião ou crenças, fundadas na experiência do cotidiano, e o desenvolvimento do conhecimento com ligação cognitiva e racional no estudo do ser, da verdade e da realidade. Esse movimento se deu em busca da fundação do conhecimento, ou da sua justificação, por meio de provas experimentais (100; 101).

Dentre os expoentes clássicos, Platão e Aristóteles postularam que o conhecimento estrutura-se quando passa a ser legítimo e verdadeiro. Sendo assim, ambos introduziram na filosofia maneiras de compreender o conceito de conhecimento, bem como definiram graus constitutivos para sua formulação e conseqüente análise (102).

Para Sócrates, “conhecer é passar da aparência à essência, da opinião ao conceito, do ponto de vista individual à ideia universal de cada um dos seres e cada um dos valores da vida moral e política”, conhecer é se aproximar da verdade do real (102 p. 139). Distinguiu-se a verdade, da ilusão e do que é falso, sendo verdadeiro o que está evidente para a razão. Associou-se, então, a verdade com o conhecimento na compreensão de como o mundo real se conforma. Mas para Sócrates a justificação é necessária para validar o conhecimento.

Já Aristóteles definiu sete graus de conhecimento: sensação, percepção, imaginação, memória, linguagem, raciocínio e intuição intelectual. Aproximava-se do pensamento moderno ao preconizar que o conhecimento é formado e enriquecido por acumulação das *informações* trazidas por todos os graus relacionados entre si, não eliminando um ou outro, embora Platão postulasse haver uma separação entre estes graus (102)

Quine citado por Renan Freitas (103), ao buscar realizar transformações científicas acerca da teoria do conhecimento, introduziu e defendeu a abordagem naturalista do conhecimento, focada no modo como este conhecimento é adquirido por estímulos sensoriais ostensivos ou por associação de informações entre si, com crescentes níveis de autonomia

---

<sup>8</sup>Marivalde Francelin cita Marcondes.

MARCONDES, Danilo. Iniciação à história da filosofia. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

com relação a essa experiência de aprendizagem. Trata-se de um movimento em busca de distinguir o exame crítico da realidade a partir do uso da cognição, com ênfase no biológico.

Dentre tantas abordagens da teoria do conhecimento, adere-se especialmente a Sociologia do Conhecimento que, como explora Rodrigues Junior (104 p. 116) objetiva estudar “[...] os nexos existentes entre as condições sociais posicionadas historicamente e as produções culturais de atores individuais e coletivos oriundas da interação de conteúdos cognitivos desses atores com a própria *realidade* coletiva (tipos de instituição, crenças, *realidades sociais*)”.

Norbert Elias (105) apontou a capacidade que as mesmas possuem em acumular conhecimento, habilitando-as, da mesma forma, a crescer e desenvolver tanto o conhecimento prático, quanto o científico, depois de transcorrido um longo período e processo de aquisição.

A questão fonte da teoria do conhecimento concerne em destinar valor, objetivo ou função ao conhecimento no sentido de considerar tanto a ciência como o senso comum, teoria e prática, estabelecendo relações dinâmicas entre *agentes*, saberes, teorias e crenças.

Esta é a base do movimento pós-moderno, a emancipação do ser social imperativamente racional para um *agente* reflexivo e crítico imbricado de subjetividade e complexidade. A complexidade, como postula Edgar Morin, propõe “a exploração e a exposição da multiplicidade de relações que envolvem o processo de desenvolvimento do conhecimento e da vida ao redor do ser humano” (99 p. 56)

O início das plenárias do CMS-CG se dá com a deliberação da ata da plenária anterior. O andamento segue o proposto em pauta divulgada com uma semana de antecedência para os membros do CMS-CG. Os assuntos discutidos estão centrados em temas a envolver: a assistência à saúde sobre a atenção básica, média e alta complexidade; a política de saúde municipal; o sistema farmacêutico; o choque de interesses entre os diferentes segmentos de CSs; a fiscalização dos serviços de saúde e da gestão do setor; necessidades da população; o orçamento e distribuição dos recursos no setor Saúde e prazos de deliberação deste pelo CMS-CG.

Dentre as falas dos CSs, repete-se a questão da fiscalização orçamentária e da inexistência de formulação de propostas para saúde do município por parte dos CSs. Estas são questões relacionadas. É colocado que os temas partem da SMS-CG para aprovação, e não deliberação do CMS-CG. Ainda assim, é citado por CS que o relatório de gestão de 2009, ou seja, a prestação de contas, só foi encaminhada ao CMS mediante intervenção do Ministério

Público que determinou prazo para entrega bem como regularidade, depois de realizadas três denúncias.

Observa-se uma coerção sobre o funcionamento do CMS-CG ao ter em sua pauta restringida às demandas das autoridades gestoras, como por exemplo: a aprovação de convênios e planos anuais, implantação de serviços. Os CSs afirmam que houve discussão sobre o Plano Plurianual (PPA) e Programação Pactuada e Integrada (PPI). Sabe-se que faz parte da função do CMS deliberar sobre estas informações, mas fica em evidência o poder de persuasão, *poder simbólico*, destas autoridades sobre a aprovação em torno de seus interesses. Há a ressalva de que o CS delibera minimamente sobre as propostas constantes do PPA. Desta forma, os CSs se percebem num espaço fiscalizador e pouco propositivo. Esta evidência é continuamente relacionada em pesquisas nacionais (106; 27).

*[...] o gestor vem com sua plataforma de trabalho e coloca pro conselho e tal. E a maioria concorda porque não tem conhecimento, não tem o tempo pra fazer ali a leitura, o debate, o acompanhamento, né? E aí vai passando, vai tocando... (Conselheiro 11, 03/09/2010).*

*Não diria que tem um assunto, a gente discute a gestão como um todo. Depende do momento que estamos vivenciando na gestão. No momento, estamos discutindo a PPI para 2010, o Sistema de Regulação, a implantação e informatização de todas as Unidades de Saúde, a implantação do Monitora - SUS, os projetos que está sendo inserido pelo MS para 2011, todos os processos 2010-201, contratualização de toda a rede de serviços. (E qual o fluxo para discussão destes assuntos?) As questões administrativas a SMS pede pauta e o CMS de acordo com sua dinâmica agenda por questão de prioridade. Os mais urgentes são colocados como prioridade. Todos os assuntos geram polêmica, porque você vai ouvir a opinião de todo mundo. A gestão tem uma formulação de política e quer discutir, adequar e readequar de acordo com o controle social. Então, toda a proposta que a gestão encaminha podem sofrer mudanças na discussão do CMS (Conselheiro 13, 30/08/2010).*

*Discussões sobre o acompanhamento dos recursos do SUS, basicamente. Acompanhamento do atendimento também. Não adianta ter os recursos, mas não tenha um planejamento um acompanhamento correto (Conselheiro 14, 01/09/2010).*

Ratifica-se novamente que os assuntos mais discutidos são: prestação de contas e aplicação dos recursos, contratualização e pagamento dos serviços de saúde, atenção básica, qualidade do atendimento hospitalar, e a reformulação do regimento interno. Importante destacar que há uma imprecisão no conhecimento dos CSs sobre o que significa participar da

elaboração de propostas de ação de saúde planejadas para o município, sobre certificar-se de que realmente foi oficializada e de fato, implementada.

No que concerne à participação na elaboração das propostas, 80% dos CSs explicam que já participaram, no entanto 18,75% referiram que esta participação ocorreu em Conferências de Saúde, outros 18,75% informaram que participaram da elaboração do PPA, incluído o CS representante da SMS, 6,25% informaram que esta elaboração se deu no espaço do Conselho Local, e mais 6,25% dos CS indicaram participar da elaboração do Plano Municipal. Além disto, os entrevistados referem que as propostas vêm prontas da SMS-CG, fato ratificado pela secretária executiva, responsável por encaminhar todas as propostas à SMS-CG. Contraditoriamente, a secretária executiva informou que nunca encaminhou propostas a SMS-CG. No entanto, os CSs relacionam suas propostas e de seus pares. Diante disto, acredita-se que a secretaria executiva refere-se a propostas formuladas pelos CSs no todo, e não a resposta a uma demanda da SMS-CG.

Quando questionados se já fizeram alguma proposta, 60% respondem que nunca o fez e 5% não tem resposta, pois não esteve presente, uma vez que é suplente e assumiu sua função de CS há pouco tempo. Dentre os 40% que elaboraram propostas, 10% pertencem ao segmento dos usuários, 15% pertencem ao segmento dos gestores e prestadores de serviço, e os 10% restantes ao segmento dos profissionais de saúde. O detalhamento destas propostas está detalhado na tabela 02, a seguir.

**Tabela 02:** Formulação de propostas pelos CSs

Formulação de Propostas pelo CS			
Resposta	Segmento	CS	Proposta
CSs que não formulou propostas (60%)	—	—	—
CS que formularam propostas (35%)	Usuários (10%)	CS 6	Ampliação da Cobertura do município pela Estratégia Saúde da Família (ESF) para 100%
		CS 11	Criação da Comissão de Fiscalização dos Hospitais para averiguação das denúncias da mídia
	Gestores e Prestadores de serviço (15%)	CS 13	Construção de ESFs
		CS 15 CS 16	Reformulação do Regimento Interno
	Profissionais de Saúde (10%)	CS 19	Implementação de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para os <i>Agente</i> comunitários de saúde.
Sem resposta (5%)	—	—	—

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2010.

Restringiram-se, até a data da pesquisa, as propostas dos usuários que foram de fato implementadas pela SMS-CG referem-se à escolha dos locais de implantação das ESFs no município e ao fechamento de um consultório médico que realizava procedimentos cirúrgicos em condições inadequadas. Ainda assim, os CSs informam que raramente são realizadas propostas pelo segmento dos usuários. Um CS do segmento dos gestores e prestadores de serviço propôs que o CMS-CG detenha autonomia financeira, proposta deliberada, mas não aprovada.

Autores (39) consideram que ao ter controle sobre o Fundo Municipal de Saúde, os Conselhos de Saúde começam a tocar um dos grandes blocos de poder descendente e hierárquico que ainda estava imune ao processo de democratização: a administração pública.

Ao considerar que a relação entre os *agentes* que compõem o setor Saúde no Brasil, quer paciente/usuário, autoridade gestora e CS, está fundada no modelo biomédico, há que se colocar que esta foi historicamente dominada ora pelo médico, ora pela autoridade gestora. Só nas últimas décadas, com a busca pela concretização do direito à saúde, que surgem evidências dos cidadãos procurarem se informar, apropriar-se desta informação de forma que o conhecimento seja variável com potencial de alterar as relações de poder estabelecidas.

O CMS-CG, diante deste cenário histórico, capta parte da cultura em que o poder era centrado ora nas mãos dos governantes, ora do médico, aqui generalizado para categoria dos profissionais da saúde. Esta afirmação é comprovada mediante a referência pelos CSs de que há pares a se destacar nas reuniões, são eles: o representante da entidade dos hospitais, o presidente do conselho e o CS representante da Associação Comercial de Campina Grande. São *agentes com capital social e cultural* acumulado no setor Saúde, instituído ao longo da vida. Aplicando a classificação proposta por Habermas (61), o presidente do CMS é citado como *agente* a assumir a posição de transformador do enfoque performativo para objetivador no decorrer do processo de entendimento entre os CSs.

Apesar da existência de CSs que se destacam, durante a observação das reuniões, averigua-se que qualquer CS tem direito a voz e suas falas são permitidas sem distinções ou restrições. Estas falas incluem questionamentos, esclarecimentos, experiências de visitas ou da história de trabalho e ainda demandas e/ou denúncias da sociedade civil representada. Predomina argumentações no sentido de efetivar o controle social com base em leis e regimento interno e nos fluxos gestores.

Evidencia-se que há a materialização de disputas de interesses no CMS-CG entre os distintos segmentos de CSs, em que cada representante defende os interesses de suas entidades, conforme exemplos das falas abaixo:

*O grupo dos hospitais defende para aumentar os valores pagos, os trabalhadores defendem o aumento de salário, os usuários querem melhor atendimento, mas todo mundo discute tudo para melhorar a saúde do usuário (Conselheiro 01, 03/09/2010).*

*Tem o grupo ligado ao gestor, defende as coisas ligadas à gestão. E o grupo, vamos dizer, do outro lado busca, quer provas. Então, depende do que está se tratando (Conselheiro 06,02/09/2011).*

*A entidade do segmento dos hospitais defende logicamente o interesse da rede hospitalar. O segmento dos usuários defende o direito do usuário, e a gestão vai pelo interesse do SUS como um todo. A gestão fica meio que dialogando com todo mundo porque a missão institucional da gente é atender o usuário e defender os interesses de cada um. Às vezes tem interesses mais corporativos onde a gente precisa dialogar de forma que não venha a prejudicar o conjunto (Conselheiro 12,30/08/2010).*

Em meio ao conflito e a disputa de interesses, constata-se que as discussões dentro do CMS-CG levam a uma decisão. O modo como esta decisão ocorre depende diretamente do assunto em pauta. Assim, os temas mais polêmicos, por diversas ocasiões, necessitam de outras agendas, em que são marcadas reuniões extraordinárias para a deliberação, conclusão seja esta por consenso ou por voto. Há casos em que uma articulação com o Ministério Público se faz necessária. Este órgão é acionado para fazer valer as decisões do CMS-CG em assuntos que requerem a execução pela SMS-CG, quando sua execução é postergada, visto que a decisão do CMS-CG contrariou interesses desta Secretaria.

Entretanto, vale destacar que ao ponderar sobre esta questão, os CSs possuem perspectivas divergentes, ora informam que sempre há decisões, por voto ou por consenso; outros colocam que sempre há consenso; enquanto que outros indicam que nunca há consenso.

*Nestas situações polêmicas ocorre varias reuniões, marca até reuniões extraordinárias. Às vezes as coisas chegam muito em cima, até para outro dia, para a gente trabalhar em cima e enviar até no outro dia para o MS liberar os recursos. Quando não chegam a um consenso marcam novas reuniões para fazer um debate mais aprofundado sobre o assunto, com mais informações, informações concretas, chamam pessoas para tirar as duvidas*

*das coisas que a gente, conselheiros, não entende. Essas pessoas vêm dos órgãos prestar esclarecimentos. Às vezes, entra em votação, mas é mais consenso (Conselheiro 01, 03/09/2010).*

*Choque de interesses entre os segmentos. Não há consenso. Nós nos omitimos coletivamente. Não se leva à frente as discussões, é aquela luta que vai permanecer do mesmo jeito. Disputa... disputa mas operacionalmente não dá em nada. Nesta reunião o representante de Hospital Filantrópico, membro da comissão fiscal, mostrou voluntariamente a prestação de contas do hospital para dar exemplo e sugestão para SMS (Conselheiro 02, 24/08/2011).*

*Na hora das discussões parece que tá todo mundo brigando. Todo mundo sabe que esta é a função do CMS, e o CMS sabe que esta é a função do gestor. O gestor, de defender suas questões, e o outro lado também. Mas não existe inimizade pessoal, a gente luta, e sim administrativo ou do lado de questionamentos do próprio CMS. Estes questionamentos ajudam a resolver a questão, pois pode descobrir o porquê da coisa e daí resolve, ou aprovando ou desaprovando. Agora vamos trabalhar em cima da posição de ser aprovada. Então, todas as discussões têm seus frutos. E nos buscamos isso, nos não discutimos ou deixamos de aprovar uma coisa por deixar, fazemos isso para q tudo ocorra dignamente (Conselheiro 06, 02/09/2010).*

*Quando os técnicos trazem os projetos, querem mostrar serviço e você faz uma crítica, fica complicado o debate. Chega normalmente a uma decisão. Sabe-se que o trabalho do conselheiro é voluntário. Primeiro vai ser votado pelo conselho. Às vezes a gente aprova e o conselho tem um mecanismo de fiscalizar, cobrar através das comissões. A garantia que a gente tem é que as comissões vão acompanhar (a execução do) o que foi votado e decidido (Conselheiro17, 01/09/2010).*

*Geralmente chega a uma decisão sim. Um exemplo foi a aprovação do relatório, com ressalva, mas foi por unanimidade. Recentemente houve uma discussão grande sobre apresentação de Prestação de Contas, que precisou ir para o MP Estadual e Federal (Conselheiro 20, 02/09/2010).*

Apesar dos conflitos existentes no momento das deliberações de temas polêmicos, chega-se a uma decisão, os CSs tem conhecimento sobre este fato. Tal como destaque da fala do *Conselheiro 06*, e postulado por Darhendorf (13), o conflito cria a tensão necessária para impulsionar o debate e a tomada de decisão. Este agir em torno do tema envolve a comunicação, o diálogo, o raciocínio sobre os possíveis caminhos práticos a se tomar, o conhecimento apropriado e soluções ou acordos a serem alcançados (13).

As relações entre os CSs e a SMS-CG se dá em meio a conflitos, dissensos, e também de cooperação quando se compreende que o objetivo é melhorar a saúde do município. A cooperação entre os *agentes* cresce na medida em que é ampliada a ação comunicativa da SMS-CG com os CSs, ao se pretender ouvir e permitir a livre deliberação

dos CSs , sem exercer poder de coerção, ou estar em posição constante de defesa das ações de saúde executadas.

*Olha, é uma relação tranquila, nos momentos decisivos é que há ali uma discussão, mas é uma relação pacífica. Quando vem um secretário que vem defender ali uma política que tá sendo desenvolvida pra saúde da mulher, então a pessoa vem e defende aquela política como ela fosse a única e fica uma coisa radical. Porque essa é a proposta do prefeito, é a que tem que ser aprovada, é isso que tem que ser executado. Então não vem com a proposta de sentar e construir. Vem com a proposta construída pra que o outro aceite. Então, nesses momentos há ali algumas dificuldades, mas coisas que são contornadas porque se percebe que o objetivo principal é construirmos uma saúde para todos e em algum momento é possível para os conselheiros e o gestor perceber isso. Então vai fazendo ali, como se diz, uma meia-sola. Uma forma de ir contemplando os interesses (Conselheiro 11, 03/09/2010).*

Eugênia Lacerda (77) expõe que são fundamentais a existência de cinco condições para o melhor funcionamento dos Conselhos de Saúde: Autonomia, Organicidade, Permeabilidade, Visibilidade e Articulação.

Avaliando o CMS-CG segundo estas variáveis, pode-se afirmar que o mesmo não é autônomo, uma vez que não é garantido o orçamento do CMS-CG pela SMS-CG, relatado como impeditivo para viabilizar alguns dos trabalhos dos Conselhos. Há também a limitação do apoio técnico para o encaminhamento das decisões. No entanto, considera-se que este detém organicidade, entendida pelo grau de organização que contribui para maior frequência das reuniões, há uma infraestrutura básica para realização das reuniões destas, além de estar em andamento a reformulação do Regimento Interno, O regimento é considerado como principal instrumento a regulamentar o funcionamento do CMS-CG, onde se desenvolvem itens no que concerne a orientação dos processos de discussão e decisão, formulação e homologação das decisões.

O CMS-CG detém permeabilidade, é articulado, porém não possui visibilidade. Este detém permeabilidade, pois tem consolidado um canal de recepção das demandas sociais que são pauta das discussões deste, em que as soluções propostas são negociadas com a SMS para execução. O elemento da permeabilidade que necessita de melhoria é a homologação das execuções pela SMS. A sua articulação com outros órgãos e instituições públicas, a citar o Ministério Público e o Tribunal de Contas, em prol da efetivação das decisões não executadas é uma prática constante. E, acerca da falta de visibilidade, é de conhecimento dos CSs suas implicações, motivo pelo qual soluções já estão em desenvolvimento.

Assim, a fala de CS do segmento dos usuários caracteriza as potencialidades e limitações existentes para a concretização da prática participativa:

*Como conselheira eu sou novata. Eu só posso contribuir de alguma forma quando eu conhecer realmente sobre o assunto. Meu interesse é a população. Não há interesse em partido nenhum, mas o direito do povo ser assegurado. Eu vou ser apenas a andorinha, mas pretendo contribuir como conselheira. Para isso tenho que ler muito para entender. É um trabalho que pretendo fazer “devagarinho”. [...] e por essa razão pretendo contribuir para o povo que não tem a menor informação (Conselheira 8,02/09/2010).*

#### 4.4 Conclusões

A informação e o conhecimento são parte da prática participativa dos CSs desde aposse no CMS-CG. Isto se deve a necessidade constatada pelos próprios CSs de buscar informações e se apropriar do conhecimento para qualificar sua atuação como CS, cumprir suas atribuições e exercer a função de representante político.

Há o relato de que vários entrevistados não tinham ciência das atribuições de um CS quando indicados e eleitos pelas suas entidades representativas. Este fato é problematizado também por seus pares. É recorrente esta problematização que se refere à apropriação do conhecimento acerca das atribuições de um CS e das informações que envolvem a prática no contexto da realidade social.

Informações são fornecidas para os CSs: documentos, leis, resoluções, portarias, regimento interno, cartilha, guias para CSs, informações sobre o conceito de saúde, sobre a situação de saúde do município e do país, sobre doenças, sobre assistência à saúde, serviços de saúde, políticas de saúde, gestão, execução . A maior parte dos CSs tem acesso aos meios de comunicação, sendo o principal deles a internet, o meio onde há um grande volume de informação, com acesso gratuito, no entanto não há segurança sobre a qualidade destas. Portanto, os CSs têm acesso às informações e as buscam, bem como baseiam sua prática no conceito de saúde mesmo diante das transformações ocorridas neste e no sistema de saúde.

No entanto, fica evidente que as informações só se realizam no *agente* após trabalho, disposição, gasto de tempo e interesse em efetivar a participação social. Assim, a informação e o conhecimento contribuem para a prática participativa quando a informação se realiza no *agente*, quando o conhecimento é apropriado na forma de *capital cultural*, simbólico e social,

quando se busca agir comunicativamente, quando se aprende estratégias para lidar com os conflitos que surgem nas relações entre segmentos distintos de CSs, entre CSs e a sociedade civil que cobra eficácia do CMS-CG para, então, lhe conferir legitimidade.

As disputas de poder são inerentes às relações entre CSs e autoridades gestoras de saúde. Bourdieu informa que o poder dos *agentes* só é válido quando estes percebem sua força sobre si e sobre outros *agentes*, sendo dependente do volume de *capital* incorporado e de seu *habitus*. Assim, o CS possui também o desafio de aprender a construir estratégias de enfrentamento contra as tensões presentes em cada tomada de decisão e deliberação do CMS-CG, estratégias e ações para manter suas posições sociais dentro de um *campo* de lutas históricas e de *capitais* distribuídos de modo desigual entre segmentos distintos. Há a constatação de que o volume e o tipo de *capital*, *capital cultural*, informação e conhecimento, pode determinar o destino da prática participativa: quer em defesa dos interesses coletivos e do bem comum, quer em defesa de interesses particulares e clientelistas, escolha a ser realizada pelo *agente* que decidir investir ou não em seu futuro e no desempenho de seu atual papel.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos sobre a participação social, no qual o foco se situa sobre Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e os próprios *agentes*, os Conselheiros de Saúde, continuam sendo realizados no cenário nacional. Acredita-se que isto decorre do esforço em analisar os avanços e desafios apresentados em espaços sociais, ou como diria Evelina Dagnino (108), ‘espaços públicos’ deliberativos que se desenvolvem na medida em que os preceitos da democracia, da defesa e luta pelos direitos ficam mais arraigados na cultura dos cidadãos. “Pesquisadores obstinados a desvendar o oculto” ou ansiando transformações que sejam aplicadas na prática diante da gama disponível de estudos e sugestões de melhoria propostas.

Verifica-se a persistência de entraves relatadas em estudos de quase uma década atrás, como: questões da representatividade, do acesso a informação, de disputa de poder em relações assimétricas.

O exercício da prática participativa traduzido pela cobrança da representatividade do CS pela sociedade civil, da legitimidade do CMS-CG; da articulação desta instância com outros órgãos e da capacidade de agir junto a SMS-CG em prol da resolutividade dos problemas do sistema de saúde do município geram tensões no CS, que busca melhorar sua própria atuação. Para isso, alguns entrevistados enfatizam que o meio para tal melhoria é buscar, num esforço individual, ampliar seu acesso à informação, trabalhar para se apropriar destas e assim constituir seu conhecimento.

O Conselheiro Municipal de Saúde da Campina Grande adquire e incorpora diversos tipos de *capital*, essencialmente *capitais simbólico e cultural*, além de desenvolver estratégias de ação comunicativa que levam a superar, em dados momentos, os conflitos internos, tendendo ao uso de mecanismos de resolução quer por voto, quer pela construção de consensos.

Portanto, há avanços explicitados no *agente*, o CS, que se apropria do conhecimento sobre a situação de saúde do município e do setor Saúde, numa amplitude a incluir o nível local e o nacional e sobre os obstáculos e problemas da assistência à saúde e da gestão municipal. Identificam-se lacunas para o pleno exercício da prática participativa que envolve a desigualdade de *capitais*, e manejo do conflito nas relações entre CSs, entre CSs de segmentos distintos, entre CSs e sociedade civil e entre CSs e autoridades de saúde.

Vale lembrar, como apontado por John Kingdon (109), que mudanças estruturais observáveis em políticas públicas e relações intrínsecas levam no mínimo 10 anos para ocorrer. Assim sendo, devem-se enaltecer os avanços alcançados não perdendo de vista que ainda há muito por se fazer para o empreendimento das práticas participativas.

Um elemento relevante a ser mencionado concerne à necessidade de direcionar a atuação dos Conselhos de Saúde, *agentes* inseridos num espaço colegiado de poder reconhecido legalmente, para o objetivo de conectar as relações entre a sociedade civil e as autoridades de saúde. Isto para que a operacionalização da política de saúde garanta uma saúde de qualidade como um bem coletivo, respondendo aos interesses dos usuários com a efetivação do direito à saúde. Conectar significa estabelecer a continuidade da comunicação, dar visibilidade à comunicação como prática de interlocução nos espaços de controle social, utilizando-a como mecanismo para mobilização da sociedade civil em torno da adoção de práticas participativas integradas à cultura dos cidadãos.

O incentivo à utilização dos equipamentos de tecnologia da informação e comunicação, a saber, computador, celular, TV, rádio, devem ser fomentados como requisito para melhor desenvolver o processo de controle social, propiciando um instrumento para a aquisição das informações e apropriação do conhecimento.

A comunicação já é utilizada como meio para o exercício da transparência dos governos para com seus governados, porém não numa escala ampla e nacional. Pois para isso exige-se a inclusão digital de cidadãos que ainda tentam superar o desafio de ter saúde, em primeiro lugar; acesso aos serviços de saúde de qualidade; integralidade do cuidado; emprego e renda, para poder desfrutar dos benefícios de uma sociedade informatizada. Ante a esta colocação, o Estado, que busca o desenvolvimento de uma nação, pode fazer sua parte em garantir também a inclusão de cidadãos e aprimoramento de uma cultura participativa.

Este estudo, partindo do pressuposto que a aquisição continuada de informações, o uso e apropriação do conhecimento, bem como a educação permanente é o motor para constituição de uma participação social ativa, considera que existem esforços visíveis, parcerias interinstitucionais, iniciativas implementadas e com resultados positivos, pesquisas e avaliações que, como esta, podem contribuir para definição e apoio para tomada de decisão e promoção da saúde. E o que é preciso? Como citado por tantos Conselheiros de Saúde em diversas pesquisas e conferências, bem como no presente estudo, será ‘vontade política’?

Talvez se necessite de maior ‘vontade política’ para garantir a autonomia e dotação orçamentária própria ao CMS que lhe é de direito. Incluído dentre tantos, o CMS-CG

necessita de apoio técnico e instrumental, organização do processo de trabalho entre SMS e CMS. Mas há que se reconhecerem os ganhos. O CMS-CG conseguiu uma estrutura mínima: sala com mesa de reunião, espaço para o desempenho do trabalho da secretária executiva e do presidente, computador com acesso a internet e TV, espaço funcionante no interior da SMS, além de outro computador fornecido pela SGEF, ou seja, pela esfera federal.

Talvez seja preciso cultivar a ‘virtude civil’, que como explica Pierre Bourdieu inspirado em Maquiavel, refere-se às qualidades que detém *agentes* legitimados a desempenhar a função pública e devotados ao bem público, dotados de sinceridade, desinteresse pessoal, altruísmo, em outras palavras, refere-se às qualidades que compõe o caráter e a moral do cidadão. Virtude que não abre espaço para corrupção, clientelismo, coerção.

Longe de desejar o utópico, intenta-se provocar a reflexão sobre o reconhecimento de uma responsabilidade pactuada entre *agentes*, baseadas na construção partilhada de um *campo* cooperativo, entre Conselheiros de Saúde. São *agentes* que podem ter pouca escolha diante de demandas mais controladoras do que formulativas, em que se torna papel dos governos criar e apoiar as condições necessárias para mudanças factíveis nos espaços de participação.

Enfatiza-se que os resultados aqui relatados serão apresentados ao CMS-CG e seus *agentes*, uma vez que reflete um aprofundamento do universo estudado, e, portanto, instrumento de avaliação e fonte de recomendações. A importância de se utilizar de pesquisas científicas e convênios com instituições acadêmicas é fato reconhecido e relatado pelos próprios CSs, que veem nestas pesquisas uma fonte de informação para a melhoria de sua prática participativa.

Neste estudo, opta-se por tentar se aproximar das Ciências Sociais, especificamente das teorias de Bourdieu e Habermas, para compreender e explicar como se dá o processo em construção e/ou em desenvolvimento da prática participativa dos Conselheiros de Saúde. Este processo em construção é caracterizado pelo olhar direcionado àquele *agente* – Conselheiro de Saúde – que se insere no *campo* e começa a produzir sua prática participativa principalmente pelo *capital* que virá a ser incorporado pelas interações comunicadas estabelecidas no espaço do CMS-CG. Há aqueles CSs que ‘profissionalizados’, parafraseando Labra e Figueiredo (38), desenvolvem a prática participativa com um *capital* já instituído, estruturado no *agente*, que conduz sua prática e influencia a prática dos outros *agentes*, por assim dizer, novos CSs.

A condução da prática participativa pelos *agentes* se dá a partir da constituição de relações, sendo o poder de constituí-las dependente de sua disposição em coordenar seu acesso às informações, a apropriação de conhecimento, a aquisição de *capitais*, e o estabelecimento de um *agir comunicativo*.

As relações de poder entre os *agentes* são marcadamente assimétricas, o tipo e volume de *capital* são desiguais. Ainda assim, acredita-se que a ordem social, tal como propõe Habermas, será conquistada a partir da mediação que a informação e o conhecimento desenvolvem sobre a prática participativa dos CSs, com afastamento das relações coercitivas e aproximando-se da prática em prol do bem comum e do avanço de um sistema de saúde que, com problemas e contradições, está inegavelmente em vigor. Lembrando que esta ordem social implica em considerar: o conflito como parte de um processo de entendimento motivado a efetivar o direito à saúde; a ação comunicativa como um elemento da prática a contribuir para a operacionalização de decisões coletivas, uma vez que se trata do resultado de uma avaliação das informações obtidas, incorporadas e com pretensão de validade.

Ao analisar o percurso e execução do estudo, acredita-se que os objetivos foram atingidos, porém houve também limitações. Um limite observado diz respeito à investigação sobre o *capital econômico*, uma vez que os demais tipos de *capital*, como o *capital cultural* e *social* podem ser convertidos na forma do primeiro, de certa forma, quantificado. Assim sendo, recomenda-se a coleta de dados sobre renda, bens materiais e a análise sobre a relação do *capital econômico* com a prática participativa, de forma que se alie, em estudos posteriores, a apreciação deste objeto com o marco teórico da *teoria da ação* de Pierre Bourdieu.

Traço marcante no processo de construção deste estudo é caracterizado por diversas “idas e vindas, apegos e desistências<sup>9</sup>” a ‘pré-noções’. O apego inicial ao anseio de determinar qual o tipo de relação que predomina dentro do espaço do CMS, pretendendo realizar uma análise social foi abandonado, análise complexa até para sociólogos, após verificar o que está dado – que a prática participativa de Conselheiros de Saúde pressupõe lidar com o conflito, com a cooperação, consenso e dissenso em prol da busca e efetivação do direito universal à saúde. Assim, percebe-se uma tendência à transição para uma prática participativa autônoma, livre de influências autoritárias e tecnocráticas no espaço do CMS-CG.

---

<sup>9</sup>Willer Baumgarten Marcondes.

## REFERÊNCIAS

1. MOREIRA, Marcelo Rasga, ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. Maio/Jun. 2009; 14(3):795-805.
2. BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF : Imprensa Nacional, 31 de Dez de 1990.
3. VAN STRALEN, Cornelis J; LIMA, Ângela MDI de; FONSECA SOBRINHO, Delcio da; SARAIVA, Leonor do ES; VAN STRALEN, Terezinha B de S; BELISÁRIO, Soraya A. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. saúde coletiv*. Sept. de 2006, Vol. 11.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde., col. 1. ISSN 1676-2339. Resolução n. 333 de 04 de novembro de 2003. seção 1 Brasília, DF : Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, 4 de Dez de 2003. Vol. n. 236, p. 57.
5. LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Nísia Trindade, GERSCHMAN, Silvia, COELHO, Flávio, SUÀREZ, Julio Manuel. LIMA. *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 353-382.
6. BOURDIEU, Pierre. *Razões Práticas*. Sobre a teoria da ação. Trad.: CORRÊA, Mariza. Campinas: Papyrus, 1996.
7. CORCUFF, Philippe. *As Novas Sociologias: construções da realidade social*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
8. CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro : FASE/IBAM, 1995.
9. BRASIL. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil., 20 set, 1990.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº. 333 de 04 de novembro de 2003.*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, 4 de Dez de 2003. Vols. 236, seção 1, pp. 57, col.1.
11. RIBEIRO, Patrícia. A reforma sanitária nos anos 90: a institucionalização da gestão descentralizada e participativa do SUS. In: Patricia. RIBEIRO. *A descentralização da ação governamental em saúde no Brasil: revisitando os anos 90*. [Tese]. [Rio de Janeiro]: Instituto de Medicina Social - Universidade Estado do Rio de Janeiro, 2007. 253 p.
12. CICONELLO, Alexandre. A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil. In: Duncan Green. *From poverty to power: how active citizens and effective states can change the world*. s.l.: Oxfam International, 2008.
13. DARHENDORF, Ralph. *Sociedade e Liberdade*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.
14. COUTO, Claudio G. Constitution, competition and public policies. *Lua Nova.*, 2005; 65(s.n.): 95-135.

15. HABERMAS, Jürgen. *A inclusão do outro*. Estudos de teoria política. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007.
16. BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de Política I*. Trad.: VARRIALLE, Carmen C et alli; Coord. trad.: FERREIRA, João; Rev. Geral: FERREIRA, João; CACAIS, Luis GP. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.
17. CAMPOS, Célia Maria S; MISHIMA, Silvana M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saude Publica*. Jul./Ago. 2005; 21(4):1260-68.
18. MOURA, Erly C. Direito à saúde: o papel de diferentes agentes sociais no exercício da cidadania. *Saúde Soc*. 1996; 5(1):101-19.
19. LIMA, Rita de Cássia GS; . A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da Bioética cotidiana. *Saude Soc*. Mar 2009; 18(1):118-30.
20. FLEURY, Sonia. Revisitando a questão democrática na saúde. *Saúde e democracia: A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
21. BODSTEIN, Regina. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003; 8(1):19-21.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Editores do Ministério da Saúde, 2006.
23. SILVA, José A da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros, 2003. pp. 285-286.
24. SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 1992; 8(4):366-78.
25. SORJ, Bernardo. *A democracia inesperada*. Cidadania, direitos humanos e desigualdade social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
26. GUIZARDI, Francini L; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturas, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc.saúde coletiva*. 2006, 11(3):709-805. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300027&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300027&lng=en). doi: 10.1590/S1413-81232006000300027. Acesso em: 10 Mar 2008.
27. CORTES, Soraya V (Org.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
28. CORTES, Soraya V. As origens da idéia de participação na área de saúde. *Saúde em Debate*. Jun 1996; 51(s.n.):30-43.
29. MILANI, Carlos RS. O principio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias. *RAP - Revista de Administração Pública*. Maio/Junho 2008; 3(42):551-79.
30. VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saude Publica*. 1998; 14(2[Supl]):S07-S18. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X199800060002&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199800060002&lng=en). doi: 10.1590/S0102 311X1998000600002. Acesso em: 20 Set 2010.

31. BAPTISTA, Tatiana W de F; MACHADO, Cristiani V; LIMA, Luciana D de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço na atuação dos poderes. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2009; 14(3): 829-839.
32. FIORI, JL O federalismo diante do desafio da globalização. In: AFFONSO RBA., SILVA PLB (Orgs.). *A federação em perspectiva*. São Paulo: FUNDAP, s.a., pp. 19-38.
33. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. *Norma Operacional Básica, 1993*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
34. SOUZA, Reinilson R de. Ministério da Saúde. *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.
35. ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCKMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
36. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS/ParticipaSUS*. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
37. GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saude Pública*. 2004; 20(6):1670-81.
38. LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge. Sta. de. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc. Saude Coletiva*. 2002; 7(3): 537-547.
39. PESSOTO, Umberto C, NASCIMENTO, Paulo R do; HEIMANN, Luiza S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. Saude Pública*. Fev. 2001; 17(1):89-97.
40. PAIM, Jairinilson. Bases conceituais da reforma sanitária. In: Sonia Fleury (Org.). *Saúde e Democracia. A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, Vol. 1.
41. FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde coletiva*. Jun. 2009; 14(3):743-52.
42. PAIM, Jairinilson. *Reforma sanitária Brasileira*. Contribuição para compreensão crítica. Rio de Janeiro, Salvador: Editora FIOCRUZ, EDUFBA, 2008.
43. MACHADO, Francisco de Assis. Participação social em saúde. Brasília, 1986. *Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde*. pp. 299-306.
44. MENDES, Eugênio V. *Um agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2006.
45. BRASIL, Ministerio da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Cadernos metropolitanos, Seminário de Gestão Participativa. *Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: participar para conhecer!* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
46. VALLA, Victor V. *Controle Social ou Controle Público?* In: DE SETA, Marysmar; PEPE, Vera Lúcia; OLIVEIRA, Gisele. *Gestão e Vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2009, pp. 649-59

47. VIANNA, Maria Lúcia TW; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*. Jan./Jun 2009; 21(11):218-51.
48. SANTOS, Nelson R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*. Jan/Abr. 2009; 33(81):13-26.
49. MARCONDES, Willer B. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saude soc*. Abr 2004; 13(3): 5-13.
50. FREITAS, Rosana de CM, O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. *Rev. katálysis*. Jun. 2007; 10(1):65-74. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000). Acesso em: 14 Nov 2010.
51. MORAES, Ilara Hämmerli S de; VEIGA, Luciana; VASCONCELLOS, Miguel M; SANTOS, Silvia RFR dos. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política de redução da desigualdade social no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Jun 2009; 14(3):879-88.
52. GUIZARDI, Franceni L; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A de; SANTANA, Ana Débora; DA MATTA, Gustavo; GOME, Márcia CPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*. Jun. 2004; 14(1): 15-39.
53. WENDHOUSEN, Águeda; CARDOSO, Sandra de M. Processo decisório e Conselhos Gestores de saúde: aproximações teóricas. *Rev. bras. enfer*. 2007; 60 (5):579-84.
54. THIRY-CHERQUES, Hermano R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *RAP*. Jan./Fev. 2006; 40(1):27-55.
55. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Tradução: Fernando Tomaz. Rio de Janeiro, Bertrand, Lisboa: Difel, 1989.
56. *Os Usos Sociais da Ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. Tradução: Denise Bárbara Catani. São Paulo: UNESP, 2004.
57. PEREIRA, Gilson R de M; CATANI, Afrânio M. Espaço social e espaço simbólico: uma introdução a uma topologia social. *Perspectiva*. Jul./Dez. 2002, 20 (Especial):107-120.
58. OLIVEIRA, Stella MV. *Movimento dos sentidos*. O discurso do jornal Zero Hora sobre o Partido dos Trabalhadores, durante a Comissão Parlamentar de Inquérito de Segurança Pública, realizada pela Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, em 2001. [Dissertação]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. 141 p.
59. BOURDIEU, Pierre. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. (Ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 1986, pp. 241-258.
60. SIEBNEICHLER, Flávio Beno. *Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
61. HABERMAS, Jürgen. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Trad.: Flávio Beno Siebeneichler. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. Vol. I.
62. AIDAR, Adriana Marques. *A legitimação político-pública do direito segundo a teoria discursiva de Jürgen Habermas*. [Dissertação]. [Uberlândia]: Universidade Federal de Uberlândia, 2009. 91 p.

63. MOREIRA, Marcelo Rasga. *Democratização da política de saúde: avanços e limites dos Conselhos Municipais de Saúde*. [Tese]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 154 p..
64. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 333 de 04 de novembro de 2003*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, 4 de Dez de 2003. Vol. 1, p. 57.
65. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 33 de 23 de dezembro de 1992. Brasília:, Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, 15 de Jan de 1993.
66. YIN, Robert K. *Estudo de Caso: planejamento e Métodos*. [trad.] Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
67. MINAYO, Maria Cecília de S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cad. Saúde Pública*. Set. de 1993, Vol. 9, n. 3, pp. 244. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X19930](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X19930). Acesso em: 10 Ago 2010.
68. AVRITZER, Leonardo (Org.). *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
69. MOREIRA, Marcelo Rasga e ESCOREL, Sarah. *Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil. Participa Net SUS*. 2006. Acesso em: 15 Mar 2010. [Online] [Citação: 15 de Mar. de 2010.] Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus\\_novo/index.php?option=com\\_content&task=view&id=15&Itemid=27](http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=27).
70. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução número 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. 1996.
71. GUIMARÃES, Deocleciano T. *Dicionário Técnico Jurídico*. 6. ed. São Paulo: Rideel, 2004. pp. 380-1.
72. MEIRELLES, Hely L. *Direito Administrativo Brasileiro*. 33. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2007. pp. 183-4.
73. FERREIRA, Letícia S. *A representação social no Conselho Municipal de Saúde de Canas: um estudo sobre as trajetórias individual e associativa dos representantes dos usuários e a relação representante/representado*. [Dissertação] [Porto Alegre]: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. 136 p.
74. GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1670-81.
75. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.
76. CORREIA, Maria Valéria C. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

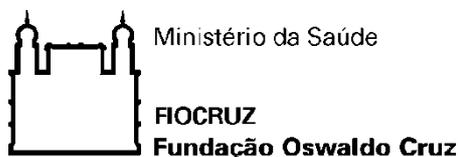
77. LACERDA, Eugênia. *SUS e o Controle social: guia de referência para conselheiros municipais*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.
78. COTTA, R.M.M, CAZAL, M.de M., RODRIGUES, J.F. de C., GOMES, K. de o., JUNQUEIRA, T. da S. Controle social no SUS: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 3(20): 853-72.
79. GONZÁLES DE GÓMEZ, Maria Nélide. Metodologia de pesquisa no campo da Ciência da Informação. *DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação*. Dez 2000; 1(6): IASI - Instituto de Adaptação e Inserção na Sociedade da Informação.
80. ARAÚJO, Carlos Alberto Á. A ciência da informação como ciência social. *Ci. Inf. set./dez*. 2003; 32 (3): 21-27.
81. MELO, Alberto MC de M. *Um modelo de Arquitetura da informação para processos de investigação científica*. [Dissertação]. [Brasília]: Faculdade de Ciências da Informação da Universidade de Brasília; 2010. 181 p.
82. MORAES, Ilara Hämmerli S de. *Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma Tecnodemocracia emancipadora*. [Tese]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 1998. 274 p.
83. BARRETO, Aldo A. A condição da informação. *São Paulo Perspec*. Jul de 2002; 16(3): 67-74. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392002000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Ago 2009. doi: 10.1590/S0102-88392002000300010.
84. NASCIMENTO, Denise e MARTELETO, Regina. A 'informação construída' nos meandros dos conceitos da Teoria Social de Pierre Bourdieu. *DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação*., 2004; (5)5: s.p.
85. ZINS, Chaim. Conceptions of information science. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. feb 2007; 58(3):335-350. Knowledge Mapping Research.
86. GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nelida. A informação: dos estoques às redes. *Ciência da Informação*. 1995; 24 (1) 11. Ibict - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.
87. ARAUJO, Vânia MRH de. Sistemas de informação: nova abordagem teórico-conceitual. *Ciência da Informação*. 1995; 24(1): Ibict - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.
88. MORAES, Ilara Hämmerli S de. *Política, tecnologia e informação em saúde. A utopia da emancipação*. Salvador: Casa de Qualidade, 2002.
89. MORAES, Ilara Hämmerli S de, GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nélide. Informação e Informática em Saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 319-331.
90. FREIRE, Paulo. *A pedagogia do oprimido*. 47 ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2005.
91. MARCONDES, Willer B. DATASUS e Conselhos de Saúde: diálogo entre os Sistemas de Informação e o Controle Social. In: BRASIL, Ministério da Saúde, OPAS, Fundação Oswaldo Cruz. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009; Vol. 2, pp. 107-128.

92. AYRES, José Ricardo CM Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):43-62.
93. SCLiar, Moacyr. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17 (1): 29-41.
94. PAHO, Pan American Health Organization. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 2010. p. 5 p. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>. Acesso em: 18 Mar 2010.
95. SEGRE, Marco, FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. Out 1997; 31 (5): 538-42.
96. COELHO, Maria Thereza AD; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. maio-ago. 2002; 9 (2): 315-33.
97. MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de, et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política de redução da desigualdade social no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. jun 2009; 14 (3): 879-888.
98. BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
99. FRANCELIN, Marivalde M. Configuração epistemológica da ciência da informação no Brasil em uma perspectiva pós-moderna: análise de periódicos da área. *Ci. Inf.*, maio/ago 2004; 33 (2): 49-66.
100. WILLIAMS, Michael. *Problems of Knowledge: A Critical Introduction to Epistemology*. Tradução: Vítor João Oliveira. *Oxford University Press*. 2001, pp. 1-5.
101. BRADIE Michael, HARMS William. Evolutionary Epistemology. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta (ed.). Mar 2004. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2004/entries/epistemology-evolutionary/>>. Acesso em: 02 Ago 2010.
102. CHAUI, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.
103. FREITAS, Renan S de. A saga do ideal de boa ciência. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Jun. 2004; 19 (55): 91-105. Disponível em: <[http://homolog.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092004000200006&lng=pt&nrm=iso](http://homolog.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-6909. doi: 10.1590/S0102-69092004 000200006. Acesso em: 08 Nov 2009.
104. RODRIGUES JUNIOR, Léo. Karl Mannheim e os problemas epistemológicos da sociologia do conhecimento: é possível uma solução construtivista? *Episteme*. jan./jul. 2002; 14: 115-138.
105. ELIAS, Nobert. *Sociologia do conhecimento: novas perspectivas*. Tradução: Leonardo Fernandes Nascimento e Dimitri Cerboncini Fernandes. *Sociedade e Estado*. set./dez. 2008; 23 (3): 515-554.
106. LANDERHAL, Maria Celeste; UNFER, Beatriz; BRAUN, Katia; SKUPIEN Jovito A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento do controle social ou documento burocrático? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15( 5): 2431-6.
107. DAGNINO, Evelina. *Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?* Daniel (coord.) MATO. *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos*. Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela , 2004.

108. KINGDON, John. *Agends, alternatives and public process*. 2. ed. Boston: Little Brown, 1995.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Autorização de participação na pesquisa)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: ‘Prática participativa em um Conselho Municipal de Saúde: relações de poder, de conflito ou mediadora de direitos?’

Você foi selecionado por ser Conselheiro Municipal de Saúde/Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande (CMS-CG), local onde será realizada esta pesquisa, e 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 Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande ou com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O objetivo deste estudo é: Analisar a prática participativa no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande, PB da perspectiva do indivíduo com sua história de vida no exercício de representação política.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado com relação às atividades desempenhadas no referido conselho, acerca do SUS, da participação social, sua relação com os demais conselheiros e com a comunidade.

Os benefícios relacionados com sua participação são:

- Colaborar para fortalecimento da democracia participativa local a partir do estudo das práticas participativas, influências e relações existentes entre o Conselho Municipal de Saúde e a Sociedade;
- Contribuir para a ampliação e qualificação das práticas participativas individuais e coletivas.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. As entrevistas serão gravadas para que as respostas sejam posteriormente analisadas em função dos objetivos da pesquisa, em que o único acesso será das pesquisadoras. Logo após o término da pesquisa de campo, o áudio será transcrito. Após transcrição este áudio será destruído, e as transcrições dos áudios serão armazenadas em arquivo digital, em computador protegido por senha, de poder exclusivo das pesquisadoras. Estes arquivos, bem como as autorizações de participação na pesquisa, serão arquivados por um período de 5 anos, prazo determinado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

VANESSA DE LIMA E SOUZA e  
Rua Leopoldo Bulhões, 1840 - Sl. 912  
Telefones: (21) 2598.2637 - **(21) 8398.7846**  
E-mail: vanessaphysio@ensp.fiocruz.br

---

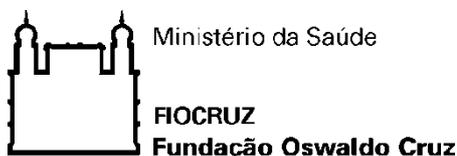
ILARA HAMMERLI SOZZI DE MORAES  
Pesquisadora/Orientadora

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

## Apêndice B: Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado – Conselheiros Municipais de Saúde



### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Está trabalhando ou estudando? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

O que faz? \_\_\_\_\_

Grau de instrução: \_\_\_\_\_

Representação no conselho: ( ) Usuário ( ) Profissional de Saúde ( ) Gestor/Prestador de Serviço

#### ROTEIRO

1. O que o levou a ser conselheiro(a) de saúde? Especificar quanto tempo é conselheiro(a).
2. Como foi o processo de sua indicação para ser conselheiro(a) de saúde?
3. Participou de algum conselho deliberativo local ou associação de moradores antes?  
( ) Sim ( ) Não
4. Você já conhecia o CMS-CG antes de ser eleito conselheiro (a)? ( ) Sim ( ) Não  
Como?
5. Quanto tempo a atuação no Conselho Municipal de Saúde lhe ocupa por semana?  
\_\_\_\_\_ horas/semana \_\_\_\_\_ dias/mês
6. Outras pessoas da sua comunidade, usuários do SUS ou não, participam das reuniões do conselho? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, tem direito à voz? ( ) Sim ( ) Não

Como participam?

7. A população entende a função dos Conselhos de Saúde? Como o CMS-CG é visto pela população?

8. Como o CMS-CG recebe as demandas das pessoas de Campina Grande?

9. O que acontece nas reuniões?

10. Qual o assunto que é mais discutido nas plenárias do CMS-CG?

E qual gera mais polêmica?

11. Dá para dizer quem mais defende um assunto nas reuniões? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quem é e o qual assunto que ele (a) defende.

12. Durante os debates nas plenárias, chega-se a uma decisão?

13. Se alguém perguntar a você como é participar de um Conselho de Saúde, o que você responderia?

14. Você acha que precisa de capacitação?

( ) Sim ( ) Não Já teve alguma? ( ) Sim ( ) Não Qual?

15. O conselho disponibiliza informações sobre:

( ) Sim - ( ) SUS ( ) Legislação ( ) Saúde ( ) Doença ( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Não

16. Qual o meio de comunicação que você mais utiliza para se informar? Marcar todas as utilizadas.

( ) TV ( ) Internet ( ) Radio ( ) Jornal ( ) Revistas

17. Relate e situe o que mais te marcou no SUS.

18. Mas afinal, o que é saúde para você?

19. Se você fosse escrever uma carta falando do SUS, o que escreveria?

20. Você participa (ou) da elaboração das propostas de ação de saúde planejadas para o município? ( ) Sim ( ) Não

21. Teve discussão sobre o Plano de Saúde? ( ) Sim ( ) Não

22. Você já fez alguma proposta que foi aprovada pelo CMS-CG?

( ) Sim. Esta proposta foi oficializada pela Secretaria de Saúde? ( ) Sim ( ) Não

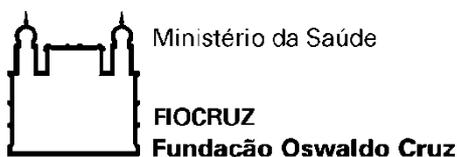
E está, de fato, sendo implementada? ( ) Sim ( ) Não

( ) Não. Sabe por que não foi oficializada?

23. Poderia citar alguma outra deliberação proposta por conselheiros que foi oficializada/decretada pelo Secretário de Saúde?

24. As propostas encaminhadas pelo segmento dos usuários são implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, quais se destacam?
25. Como você vê as relações entre conselheiros e Secretaria de Saúde? E entre os conselheiros e a comunidade?
26. Qual a relevância do conselho para saúde do município?
27. Relate o que desejar sobre o assunto.

## Apêndice C: Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado – Secretária Executiva



### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – SECRETÁRIA EXECUTIVA

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Grau de instrução: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Vínculo/Cargo: \_\_\_\_\_ Servidora ou Contratada? \_\_\_\_\_

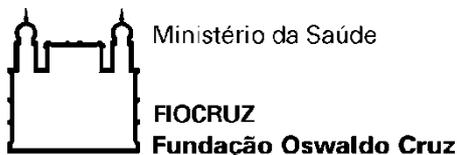
#### ROTEIRO

1. Fale um pouco sobre sua participação no CMS-CG.
2. Relate a história, implantação e evolução deste conselho.
3. Qual a infraestrutura do CMS-CG?
4. Como se dá o funcionamento do CMS-CG, a frequência das reuniões?
5. Quem participa mais das reuniões?
6. Membros da SMS-CG são informados do cronograma das Reuniões? Como?
7. O cronograma das Plenárias é divulgado para comunidade? Como?
8. Observa a participação de outras pessoas da comunidade, usuários do SUS, ou representantes de partidos políticos nas plenárias do CMS-CG?
  - ( ) Sim. São de onde? Por quê?
  - ( ) Não. Por quê?
9. Há comissões permanentes, oficinas temáticas ou outros grupos de trabalho?
  - ( ) Sim. Como funcionam? Como foi a formação? Há não conselheiros nos grupos de trabalho?
  - ( ) Não.

10. Os conselheiros têm acesso a:

- a) Informações em saúde
- b) Informações sobre SUS
- c) Legislação
- d) Indicadores de saúde
- e) Internet

## Apêndice D: Roteiro de Observação Participante – Plenárias do CMS-CG

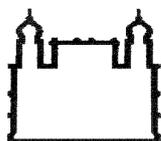


### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – PLENÁRIAS DO CMS-CG

1. Ambiente físico
2. Posicionamento dos Conselheiros durante as Plenárias/Reuniões:
  - ✓ Falas: permissões, restrições, qualificações
  - ✓ Conteúdo das argumentações utilizadas pelos *agentes*: técnico-científico, cultural, político, normativo, emotivo
  - ✓ Representante (segmento dos profissionais, gestores ou usuários) a se destacar
  - ✓ Tempo do discurso
  - ✓ Forma do discurso: eloquente, popular
  - ✓ Motivos/interesses embutidos nas falas
3. Relações entre os conselheiros
  - ✓ Grau de organização: número de associações voluntárias dos conselheiros em grupos/parcerias
  - ✓ Natureza da relação: conflito-competição/cooperação, acomodação, subordinação
  - ✓ Capacidade de organizar-se: quem conduz/lidera, como acontece.
  - ✓ Potencialidades
  - ✓ Limites

**ANEXO**

## Anexo A: Autorização do Comitê de Ética



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 06 de agosto de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 102/10**  
**CAAE: 0107.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** “Prática participativa em um conselho municipal de saúde: relações de conflito, cooperação ou mediadora de direitos?”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Vanessa de Lima e Souza

**Orientadora:** Ilara Hammerlli Sozzi de Moraes

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz

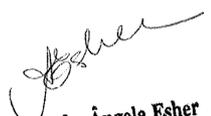
**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 12 / 05 / 2010

**Data de apreciação:** 02 / 06 / 2010

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
**Profa. Angela Esher**  
Coordenadora Adjunta  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP  
Mat.: 1355884