



*Espaços participativos em saúde na Atenção Primária: Itinerários
descritivos no Município do Rio de Janeiro.*

por

Waleska Menengat Corrêa Floresta

*Orientador: Prof.º Dr.º Willer Baumgarten Marcondes
Co - Orientadora: Prof.ª Dr.ª Valéria Ferreira Romano*

Rio de Janeiro, Maio de 2014.



*Espaços participativos em saúde na Atenção Primária: Itinerários
descritivos no Município do Rio de Janeiro.*

por

Waleska Menengat Corrêa Floresta

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área da Saúde Pública, subárea Atenção Primária em Saúde com
ênfase na Estratégia de Saúde da Família.*

*Orientador: Prof.º Dr.º Willer Baumgarten Marcondes
Co - Orientadora: Prof.ª Dr.ª Valéria Ferreira Romano*

Rio de Janeiro, Maio de 2014.

*“A democracia é uma imensa experiência humana.
Está ligada à busca histórica de liberdade, justiça
e progresso material e espiritual. Por isso é uma
experiência permanentemente inconclusa”*

Dante Caputo

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir a realização de mais este sonho em minha vida profissional, pois é certo que hoje e sempre me lembro do Senhor, Meu Deus, porque Ele é quem me dá forças.

Ao Matheus, meu herdeiro que se comportou direitinho acompanhando a mamãe em todo o processo de elaboração desta dissertação.

Ao Lejaimé, meu companheiro e cúmplice em nossos projetos, agradeço muito pelo seu apoio, compreensão e paciência, durante esse período de diversas ansiedades, que é a vida de uma mulher profissionalmente ativa, mestranda e gestante.

Aos meus familiares, pela preciosa atenção e cuidado, presença certa nos dias mais difíceis com apoio necessário.

Ao Professor Willer Marcondes, por aceitar orientar o meu trabalho, dando início ao desenvolvimento desta pesquisa, a partir das minhas indagações de vivências práticas.

À Professora Valéria Romano, pelo carinho com que acompanhou o desenrolar da minha pesquisa, desde a qualificação e posteriormente com a sua valiosa contribuição como co-orientadora na finalização deste projeto.

À todos os professores do curso de mestrado, pelas valiosas discussões e por compartilharem seu conhecimento comigo.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade de estudar em uma das mais reconhecidas instituições de ensino.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Professora Elyne pelo apoio durante toda a realização do curso.

Aos gestores, trabalhadores e moradores de Manguinhos que aceitaram participar contribuindo muito para a realização desta pesquisa.

Aos colegas de trabalho Drº Hugo Fagundes, Enfª Márcia Reis, Enfª Lícia Lima, Enfª Fátima Virgínia, Enfª Edna Assunta, Enfª Eliane Paixão, Drº Columbano Neto pela compreensão e apoio nesta jornada de dedicação e trabalhos com o mestrado.

Á toda Coordenação da Programática 3.1 pela acolhida e incentivo, não só no meu caso, mas à todos os seus profissionais interessados em qualificar-se profissionalmente.

Á Secretaria Municipal de Saúde que durante toda a minha trajetória profissional nesta rede, tem oportunizado possibilidades valiosas de capacitações e qualificações profissionais.

RESUMO

A história da construção do sistema de saúde brasileiro é permeada pela luta em busca dos direitos da população, neste trajeto o direito ao acesso universal à saúde não foi a única conquista. O entedimento da importância da participação popular e do controle social na saúde, também ganharam destaque e espaço nos aparatos legais elaborados na época. Neste estudo, buscamos analisar os aspectos da participação popular nos espaços dos conselhos e colegiados gestores, vinculados a Atenção Primária, no bairro de Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. Com um desenho metodológico exploratório descritivo, investimos na ampliação do conhecimento acerca destes espaços, a sua organização, composição e dinâmica de funcionamento, tal como a concepção dos gestores envolvidos, sobre a participação da população. Os resultados obtidos nos conduziram a discutir as semelhanças e diferenças entre os espaços investigados e a necessidade congênere de definições legais para estas arenas, que empregam esforços na consolidação da participação popular nos pontos da Atenção Primária.

Palavras-chave: Participação Popular, Colegiados gestores, Conselhos gestores e Atenção Primária.

ABSTRACT

The history of the construction of the Brazilian health system is permeated by the struggle in search of rights population, in this path the right to universal access to health care was not the only achievement. The understanding of the importance of popular participation and social control on health, also gained prominence and space in the legal apparatus designed at the time. In this study, we analyze the aspects of popular participation in the councils spaces and collegiate managers, linked to Primary Care in Manguinhos neighborhood, in the city of Rio de Janeiro. With a descriptive exploratory methodological design, we invested in the expansion of knowledge about these spaces, their organization, composition and dynamics of operation, such as the design of the managers involved, about the participation of the population. The results led us to discuss the similarities and differences between the areas investigated and the need congener of legal definitions for these arenas, employing efforts to consolidate points of popular participation in Primary Care.

Keywords: Popular Participation, management council, Administration Committee and Primary Care.

SUMÁRIO

1.0 – INTRODUÇÃO	1
1.1 – O Sistema de Saúde Brasileiro e a Participação Popular	1
1.2 – As instâncias de participação nas unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro.....	6
1.3 – Justificativa	10
2.0 – OBJETIVOS	11
2.1 – Objetivo Geral	11
2.2 – Objetivos Específicos	12
3.0 - PANORAMA CONCEITUAL.....	12
3.1 - Como as Políticas Públicas na saúde incluíram a Participação popular em seu discurso.....	12
3.2 – Os Colegiados e Conselhos Gestores das Unidades ed Saúde e suas Lacunas Legais.....	17
3.3 – Os Várias sentidos da Participação na Saúde	24
3.4 - Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	27
4.0 - MATERIAIS E MÉTODO	30
4.1 – Itinerários de Pesquisa	30
4.2 - Tipo de Estudo	33
4.3 – Cenário	35
4.4 - Sujeitos do Estudo	40
4.5 - Procedimentos de Pesquisa	41
5.0 – RESULTADOS	44
5.1 – Caracterização das Instâncias locais de participação investigadas	44
5.2 – Conhecendo a concepção do gestor local quanto a participação da população nos espaços locais	61
5.3 – Observando as arenas participativas locais ativas	63

5.4 – Os documentos dos espaços participativos locais	76
6.0 - DISCUSSÕES	92
7.0 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
8.0 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
Apêndice I – Roteiro da Entrevista dos gestores das unidades	121
Apêndice II – Roteiro de observação participante	123
Apêndice III – Roteiro para Análise Documental	124
Apêndice IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
Apêndice V – Termo de Compromisso de utilização de dados	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Os Conselho e Colegiados gestores existentes nas unidades de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro	08
Quadro 2 Relação dos docuemtnos que aboradam os órgãos colegiados locais em capitais brasileiras	20
Quadro 3 Produções Científicas.....	30
Quadro 4 Perfil dos Entrevistados	45
Quadro 5 Descrição da organização e composição dos espaços participativos locais investigados	57

LISTA DE ABREVIATURAS

AP – Área de Planejamento
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação
CFVV – Clínica da Família Victor Valla
CGI – Conselho Gestor Intersetorial
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CODS – Conselho Distrital de Saúde
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CSEM – Centro de Saúde Escola Manguinhos
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
GT – Grupo de Trabalho
HFB – Hospital Federal de Bonsucesso
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPEC – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis.
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização não-governamental
OS – Organização Social
PNH – Política Nacional de Humanização
PSF – Programa de Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV – Subsecretaria de Atenção Primária, vigilância e Promoção da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
UPP – Unidade de Polícia Pacificadora

USF – Unidade de Saúde da Família

1.0 – INTRODUÇÃO.

1.1 - O Sistema de Saúde Brasileiro e a Participação Popular

O Sistema de Saúde Brasileiro passou por uma grande reforma nos últimos vinte anos, com perceptíveis avanços na legislação. Nesta trajetória em busca da viabilização do direito à saúde para toda a população, percebe-se enquanto protagonistas, os movimentos populares e sociais organizados. A influência da participação na saúde aparece como uma pressão da sociedade para garantir os interesses do povo, em um período de luta, redemocratização e conquistas dos direitos dos cidadãos.

A Participação popular e a sua busca pela inclusão dos segmentos da sociedade que estão à margem do processo, ganharam importância pelas suas conquistas, passando a ser recomendadas em arcabouços legais de vários setores e nas Leis Orgânicas da Saúde. Um avanço incontestável foi a ascensão da participação em espaços colegiados institucionalmente garantidos na área da saúde, a saber, os conselhos e conferências. Segundo a Resolução de Número 453 do ano de 2012¹, os Conselhos de Saúde são “...instâncias colegiadas, deliberativas e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, com composição, organização e competências fixadas na Lei de Número 8.142² de 1990”. Esta legislação descreve também as Conferências de Saúde, como sendo um espaço para avaliação da situação da saúde e proposição das diretrizes, a fim de se formular políticas de saúde nos níveis correspondentes, reunindo-se a cada quatro anos com a representação dos segmentos da sociedade².

Nestes espaços, compreendemos participação popular segundo Valla e Stotz (1993, pág.63) definiram, como sendo “uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pelas políticas na área social”³. Esses mesmos autores defenderam que a participação popular não é um conceito genérico ou simples e destaca que não haverá mudanças substanciais no quadro dos serviços básicos de saúde sem o efetivo controle social exercido sobre os mesmos. Destacam assim, a participação na saúde e o controle social enquanto princípios fundamentais para o desenvolvimento e amadurecimento do sistema de saúde brasileiro. Entendendo controle social como Gerschman (2004, p.1674)⁴, enunciou quando afirma que:

“O controle social foi concebido como a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública e consistiria na apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde”.

As dificuldades quanto à operacionalização da participação na saúde, tem sido abordadas nos relatórios das cinco últimas Conferências Nacionais de Saúde, que datam do ano de 1992 à 2008. Discutem-se os desafios que vão desde a baixa representatividade, o fato deste espaço não ser realmente deliberativo, a falta de capacitação dos conselheiros até a falta de divulgação das informações⁵. Podemos então dizer, que apesar de existir espaços de participação, o ato ou efeito de participar, ainda é envolto por desafios para sua efetiva operacionalização.

E analisando essas reflexões feitas por quem está vivenciando esse processo prático nas Conferências, percebemos que apesar das barreiras, existem atores engajados em consolidar práticas participativas na saúde. E para tanto, discutem-se estratégias como os programas de capacitação dos representantes conselheiros, a educação permanente para o

controle social e a formação de espaços de participação local na saúde, entendendo estes, como os Conselhos ou Colegiados que funcionam nos pontos de atenção à saúde, na rede do Sistema Único de Saúde. Dentro desta temática se insere este estudo, que possui como objeto as instâncias locais colegiadas participativas das unidades de saúde da Atenção Primária, em uma Área de Planejamento (AP) do Município do Rio de Janeiro.

Entendendo que os Conselhos e os Colegiados Gestores das unidades de saúde da Atenção Primária capilarizam em nível Municipal as questões da participação no sistema de saúde brasileiro, que como já citado anteriormente foram institucionalizados a nível federal, o presente estudo compreende também a polissemia na denominação destes espaços supracitados, pois ao passo que avançamos na pesquisa, encontramos documentos que falam de arenas locais de participação com o mesmo objetivo, a mesma representatividade e atribuição, mas com denominações diferentes. Como se referem a espaços instituídos nos pontos de atenção primária à saúde, da rede de Municípios com diferentes contextos, este estudo abordará estas questões quanto aos conselhos e colegiados nos capítulos a frente.

Cabe ressaltar que a nomenclatura de Colegiados Gestores Locais, foi adotada pelo Município do Rio de Janeiro, cuja Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem desde o ano de 2012 intensificando a formação e estruturação de espaços de participação nos pontos de atenção da rede básica, nomeando-os de Colegiados Gestores Locais, de acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2006 ⁶.

Na Política Nacional de Humanização os colegiados gestores são citados enquanto um dispositivo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, garantindo o compartilhamento do poder ⁶. Funcionam como espaços deliberativos, para uma gestão mais horizontal, que considera a participação dos

trabalhadores, gestores, usuário e da sociedade na elaboração do projeto de ação da unidade e na co-responsabilização para a execução do mesmo. Estruturados no princípio de participação e controle social, corroboram para operacionalização da função dos serviços de saúde em responder a necessidades dos usuários, incluindo a sua participação e co-responsabilização para tanto.

Em documento recentemente lançado pela SMS do Município do Rio de Janeiro, que aborda os colegiados. Conhecido como “Carteira de Serviços” (2011)⁷ este documento relaciona os serviços a serem prestados na Atenção Primária do Município e no tópico, organização do serviço, com o subtítulo Participação Popular, o Colegiado Gestor Local é enunciado como um espaço de participação paritária do usuário, devendo ser dirigido pelo Diretor/ Gerente da Unidade e contando com a representação de todas as equipes de profissionais. Trata-se de um espaço rico pela diversidade de atores presentes, contudo conduzir esses processos parece não ser uma atribuição simples. Neste movimento interessante de normatizar os colegiados nas unidades de saúde da família, a Secretaria com a publicação do documento supracitado, apenas prescreve a criação a criação de espaços participativos nas unidades de saúde que contemplem a participação dos usuários, porém não fica claro outras características destas arenas, assim como quais serão as ações de apoio e suporte à criação destes espaços.

Em minha atuação profissional enquanto gerente de uma unidade de saúde da família n, vivenciei as dificuldades na criação e condução deste espaço colegiado, que unem vários atores, oriundos de contextos diferentes e com objetivo de representatividade distintos. Muitas vezes o gestor se vê sozinho para conduzir esses processos inclusivos, sendo estimulado a todo o momento a utilizar as ferramentas da gestão participativa, porém

enfrentando desafios diários para consolidar esse modelo participativo, perante os seus profissionais e a comunidade.

Goulart (2012) fala desta dificuldade em se conduzir processos decisórios inclusivos, sendo uma tarefa árdua que acarreta muitos riscos. Este autor relata que reunir um número grande de atores pode muitas vezes criar polêmicas, conflitos, incompreensões desnecessárias, chegando até mesmo na dificuldade de articulação⁸. Neste sentido, compreender a dinâmica de funcionamento dos colegiados gestores na perspectiva dos gestores locais é uma tentativa de identificar os entraves e possíveis conflitos que inviabilizam a fundamentação do diálogo e a operacionalização efetiva destes espaços.

Posto que, acredita-se nas vantagens da criação dessas arenas, como corrobora Campos (2005) quando refere que: “(...) espaços coletivos de co-gestão propõem a construção de arranjos voltados centralmente para ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores, construindo uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados”⁹. Portanto, são bem-vindos os esforços visando sinalizar alguns caminhos para o fortalecimento da participação nos espaços colegiados dos pontos de atenção à saúde, principalmente nas Equipes de Saúde da Família que enfatizam em seu cotidiano a interação com a comunidade, através do vínculo com usuário e da participação da comunidade nas atividades de saúde.

Diante do exposto, a proposta deste estudo é buscar compreender os arranjos que se configuram nestes cenários participativos, refletindo sobre esta temática com base em algumas questões, a saber: Como acontece a participação nos espaços coletivos dos conselhos e colegiados gestores das unidades de saúde da Atenção Primária? Quem são os atores que ocupam este espaço e o que representam? Qual é o papel do gestor local na viabilização da participação no colegiado? Como acontece a representação popular neste

espaço? E por último, dispomos de espaços colegiados potencialmente participativos? Quais são as possíveis dificuldades para a implantação e a manutenção destes.

1.2 - As instâncias de participação nas unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro

No Brasil, a Saúde da Família tem sido utilizada como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde e o Município do Rio de Janeiro, vêm apresentando uma importante ampliação na sua cobertura a partir da crescente expansão das unidades de saúde ou Clínicas da Família, implantadas prioritariamente em áreas vulneráveis, em busca da garantia do princípio da equidade.

Segundo informações da Secretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), a ‘cobertura real’ com o novo modelo da Estratégia e Saúde da Família no município, se ampliou de 16,7% em agosto de 2010, para 43,62 % em setembro de 2013¹⁰, num esforço reconhecido, posto que falamos de uma população de mais de 6 milhões de habitantes¹¹. Porém, ainda há muito o que se fazer, a exemplo de que somente uma área deste município apresenta 100% de cobertura, estando as demais abaixo de 53%, ou seja, grande parte da população ainda não é coberta pelo modelo de atenção escolhido como o mais adequado para a gestão municipal de saúde.

Este grande percentual a ser coberto, reverbera em dificuldades para que as unidades ou clínicas de saúde da família funcionem no seu cotidiano efetivamente, o que somado ao contexto do município, que é dotado de áreas com grandes desigualdades, violência, criminalidade e carências em outros setores, faz aumentar consideravelmente os

desafios na atuação dessas equipes de saúde. Ainda assim, muitas mudanças já tem sido notadas à caminho da organização da rede de atenção à saúde e da regionalização da oferta de serviços, na trajetória em busca da viabilização do acesso e resolubilidade dos serviços de saúde à população.

No que se refere as experiências de participação na saúde, o município do Rio de Janeiro possui atualmente um Conselho Municipal de Saúde (CMS- RJ) e dez Conselhos Distritais de Saúde (CODS- RJ), sendo que a primeira experiência de participação popular, data do ano de 1980, foi registrado como o 1º Encontro Popular pela Saúde, considerado como um marco pelo caderno síntese das discussões do 4º Seminário de Gestão Participativa (2005, p. 65)¹². Esse encontro reuniu um grande número de populares de vários locais do município e fomentou a realização de sua segunda versão, quando surgiu a idéia da criação dos conselhos comunitários, somente institucionalizados após o advento do arcabouço legal em 1990, regulamentando estes espaços de participação.¹²

Neste contexto, em 1991, surge o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, “resultante de uma iniciativa do Legislativo e dos movimentos sociais na área da saúde”, como refere o material supracitado¹². Já os Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro, foram fundados segundo a Lei Municipal Nº 2.011, que data de 1993, e descritos como:

“(…) órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.”¹³

Atualmente os Conselhos Distritais de Saúde, estão distribuídos em cada uma das dez Áreas de Planejamento (AP) do Município do Rio de Janeiro, conforme estabelecido na Lei Municipal Nº 5.104, do ano de 2009. Sendo estes espaços de composição diversificada,

segundo a legislação supracitada, dentre os atores participantes: “inclui representantes de Prestadores de Serviços de Saúde, públicos e privados do SUS, de representantes de Profissionais de Saúde em Unidades do SUS, e de representantes de Entidades de Usuários do Sistema de Saúde, todos que tenham atuação na Área de Planejamento respectiva”.¹⁴

A caracterização dos espaços participativos do município do Rio de Janeiro, foco de nosso interesse de estudo, não foi localizado em nossas pesquisas nenhum relatório ou documento formal, que apresentasse um histórico sobre os conselhos gestores e colegiados gestores em unidades de saúde. No entanto, encontramos relatos e estudos de casos sobre a experiência destas arenas, fato este que nos estimulou a realizar um levantamento prévio sobre a existência dos espaços colegiados nas dez áreas de planejamento do município. Em contato com as profissionais de saúde que atuam nas áreas de planejamento, indagamos sobre a existência dos espaços e totalizamos cerca de 72 colegiados/conselhos gestores nos pontos de Atenção Primária à Saúde do Município, que em sua grande parte são Unidades de Saúde da Família. Este contexto de divisão em áreas do Município será melhor explicado no tópico sobre o cenário do estudo.

No **Quadro 1** abaixo segue o quantitativo dos colegiados, divididos pelas Áreas de Planejamento (AP) do município do Rio de Janeiro.

Quadro 1- Os Conselhos ou Colegiados Gestores existentes nas unidades de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro.

CONSELHOS E COLEGIADOS GESTORES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO		
Área De Planejamento	Quantidade de Unidades	Quantidade de Unidades que possuem Colegiado Gestor
Área de Planejamento 1.0	13 Unidades	01 Conselho e 01 Colegiado Gestor

Área de Planejamento 2.1	08 Unidades	02 Colegiados Gestores
Área de Planejamento 2.2	09 Unidades	07 Colegiados Gestores
Área de Planejamento 3.1	29 Unidades	05 Colegiados Gestores e 02 Conselhos Gestores
Área de Planejamento 3.2	19 Unidades	02 Colegiados Gestores
Área de Planejamento 3.3	21 Unidades	03 Colegiados Gestores
Área de Planejamento 4.0	10 Unidades	01 Colegiado Gestor
Área de Planejamento 5.1	22 Unidades	Sem informação
Área de Planejamento 5.2	26 Unidades	26 Colegiados Gestores
Área de Planejamento 5.3	25 Unidades	25 Colegiados Gestores
Total	182 Unidades	72 Colegiados Gestores

Fonte: Este Quadro consolida as Informações quanto à existência dos Colegiados Gestores nos pontos da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, obtidas via contato telefônico ou e-mail com os profissionais das Coordenações das Áreas de Planejamento (OUT/ 2012).

Ressaltamos algumas observações quanto aos dados apresentados no Quadro 1. Na Área de Planejamento 1.0 existe um espaço de participação local nomeado de conselho gestor local, localizado em Paquetá que foi incluído. Já na Área de Planejamento 3.1 existe um colegiado gestor que reúne profissionais e gestores de duas unidades de saúde da família, no bairro de Manguinhos. Na Área de Planejamento 5.2 foram feitas oficinas locais em todas as unidades, juntamente com o apoio na implantação dos colegiados gestores em todas as 26 unidades, mas não há registro sobre quais unidades conseguiram avançar na realização destes espaços participativos. Por último, a Área 5.1, consta como sem informação por não ter respondido ao levantamento inicial da pesquisadora.

Segundo os pesquisados, identificar o número exato de colegiados e conselhos existentes é uma tarefa difícil, já que há um grande estímulo para a sua formação, causando imprecisão nos dados. A cada dia mais gestores aderem a esse modelo de gestão participativa e implantam os espaços participativos em suas unidades. O contrário também

acontece, pois por diversos motivos há interrupção no fluxo de reuniões e atividades, até que se perdem seus objetivos e importância, deixando de existir.

É interessante observar que no levantamento bibliográfico identificamos um alto grau de lacunas no aspecto legal do município estudado, no que diz respeito a institucionalização dos conselhos gestores em unidades de saúde. Encontramos somente um projeto de lei em tramitação, do ano de 2011 que propõem a institucionalização dos conselhos gestores em unidades de saúde e sua articulação com órgãos colegiados em outras instâncias, como o conselho municipal e o conselho distrital. O mesmo acontece em nível federal, o caderno “Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro” do ano de 2006, confirma o fato quando refere que:

“Estes conselhos vem sendo implementados independentemente de uma lei que os regulamente em nível federal. No entanto, para que sejam reconhecidos oficialmente, é necessária sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde (CMS), bem como constar na Lei Orgânica do Município, garantindo, assim, sua estabilidade no processo político.”¹⁵

Para os colegiados a situação é bem semelhante, apesar de existirem documentos do Ministério da Saúde indicando a sua criação e exercício efetivo nas unidades de saúde, também não encontramos legislações que regulamentassem a sua oficialidade.

1.3 – Justificativa

Diante do exposto, entendemos a fundamental importância contida na aproximação, via pesquisa, destes cenários de participação na saúde. Compreender a dinâmica de funcionamento e os obstáculos presentes no cotidiano das práticas dos colegiados e conselhos em instâncias locais, podem revelar respostas aos relatos de dificuldades que

perpassam pela implantação e implementação destes órgãos, utilizados enquanto uma ferramenta de gestão e inclusão da comunidade. Acreditamos que este estudo possa contribuir também para revelar a dinâmica de funcionamento dos órgãos colegiados em uma AP do Município do Rio de Janeiro, possibilitando a análise das experiências de participação.

A Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2011, recomenda no tópico infra-estrutura e funcionamento das unidades, que todos os pontos de atenção do nível primário tenham colegiados constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação da comunidade na gestão das Unidades¹⁶. Sendo atual o estímulo a formação dos espaços que viabilizem a participação dos usuários em unidades de saúde, que historicamente possuem uma gestão centralizadora, por vezes corporativista e burocrática.

Vásquez (2003) citado por Neto (2012 p.18) afirma que há: “(...) uma grande escassez de estudos destinados a avaliar os conceitos e atitudes dos diferentes atores sociais no que diz respeito à participação da população na gestão dos serviços de saúde em nível local.”¹⁷

2.0 – OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral:

Analisar aspectos da participação popular nos espaços dos conselhos e colegiados gestores no bairro de Manginhos, AP3.1, no Município do Rio de Janeiro.

2.2 - Objetivos específicos:

- Identificar a organização, composição e os documentos norteadores das práticas desenvolvidas nos espaços de decisões coletivas pesquisados;
- Conhecer na perspectiva do gestor local, a concepção sobre a participação popular.

3.0 - PANORAMA CONCEITUAL

3.1 – Como as Políticas Públicas de Saúde incluíram a Participação Popular em seu discurso

A participação na saúde é citada na literatura no início do século XX, na implantação dos centros comunitários nos Estados Unidos na década de 50. No Brasil, segundo Bahia (2012) as proposições acerca da participação precedem a formulação dos preceitos da Reforma Sanitária ¹⁸. Originam-se mais precisamente das deliberações da Conferência de Alma Ata que aconteceram em 1978, a temática debatida internacionalmente versava sobre as políticas de saúde e as estratégias para expansão dos cuidados primários à saúde, convergindo para o lema do evento, conhecido até hoje, a saber: “Saúde para todos até no Ano 2000” ¹⁹.

Vinculada a discussão sobre a extensão da cobertura dos cuidados a saúde, as agências multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nos anos 70 e 80 recomendaram internacionalmente a participação popular; O que provocou reflexões inclusive no Brasil que em 1975, realizava

a V Conferência Nacional de Saúde, abordando a temática da inclusão das populações marginais e a sua participação ²⁰.

O Movimento Sanitário brasileiro na década de 70, colocou em cena as questões sociais refletindo criticamente sobre a situação da saúde e o modelo de atenção à saúde vigente. Nesse contexto, foi elaborada a Constituição Federal de 1988 que introduziu os princípios do controle social e da participação popular ²⁰. Tais princípios fortaleceram o caminho de avanços do desenvolvimento das políticas públicas brasileiras, institucionalizadas nas legislações.

Na história da criação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), percebemos a ênfase da participação popular através das reivindicações dos movimentos sociais existentes naquela época. Por esse motivo, o SUS é considerado um marco na construção democrática e participativa das políticas públicas, citado como a principal reforma popular e democrática em curso no Estado Brasileiro.

Muitas foram as pressões exercidas pelos movimentos sociais para a conquista dos nossos direitos culminando na reestruturação do sistema de saúde excludente vigente nesta época. O Movimento conhecido como Reforma Sanitária segundo a autora Lígia Bahia (2012), “se consolidou na década de 70, no contexto da denominada ‘abertura’ do regime militar”, sendo responsável pela luta da democratização da saúde ¹⁸.

Resultante dos movimentos e pressões sociais na 8ª Conferência Nacional (1986), a saúde foi considerada como um direito do cidadão, neste mesmo texto desenha-se um novo arcabouço que reestruturou o sistema nacional de saúde existente, de forma que a saúde passaria a ser compreendida em seu conceito amplo, como traz o relatório desta conferência: “A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas

lutas cotidianas”²¹. Ou seja, a participação popular na elaboração das políticas e no acompanhamento da execução dos planos nos serviços de saúde, estaria diretamente relacionado às repercussões práticas nesta área.

Quanto ao contexto deste período na história, é muito importante destacarmos que o movimento sanitário ou reforma sanitária foi um grupo cujo plano de fundo era a luta contra ditadura, pela redemocratização do país. Unidos pela democracia e saúde, esse grupo de universitários, sindicalistas entre outros, conseguiram estruturar as suas idéias, e quando apresentadas/defendidas, consolidaram-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que depois de muito tempo foi a primeira conferência popular, posto que as anteriores contavam apenas com a participação dos políticos e autoridades da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, sua simbologia e seu peso histórico são importantíssimos para o nosso estudo, que abordará a participação popular na saúde. O resumo desta conferência trazia em bojo as solicitações dos movimentos sociais, que conseguiram ascender em suas discussões. Não somente no que se refere ao direito à saúde para todo cidadão, mas também a garantia de voz e presença da sociedade nos espaços de debate políticos.

Tendo em vista, o grande avanço na forma de entender saúde nas políticas públicas brasileiras, o relatório desta conferência destacou a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, enquanto um dos princípios que visava garantir o exercício do direito à saúde, iniciando um cenário de valorização da participação popular com um empenho na garantia institucional a fim de viabilizar a realização deste princípio.

Na Lei Orgânica da Saúde (1990), que dispõem sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, a participação da comunidade é citada no oitavo

inciso do sétimo artigo, que explicita os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ²². Neste mesmo ano, a Presidência da República decreta a Lei 8.142 (1990), que dispõem com mais detalhes sobre a participação da comunidade no SUS, de maneira a institucionalizar espaços de instâncias colegiadas, a saber: Conselhos e Conferências de saúde ²³.

A criação por meio de lei pode significar maior legitimidade e autonomia ao conselho de saúde, visto que sua concepção ficou a cargo do Poder Legislativo ¹⁸. A partir de então, os aspectos relacionados a participação popular e o controle social no SUS foram presentes em todas as Conferências Nacionais de Saúde, ainda que a temática central não estivesse diretamente relacionada. Sposati e Lobo (1992) em seu artigo já destacavam que a legislação sanitária da época estava além do que se praticava no sistema de saúde ²⁴⁵ assim seguimos caminhando a passos largos na discussão e aparato legal sem, contudo, avançarmos proporcionalmente nas práticas participativas inclusivas para grande parte dos brasileiros. Abaixo, descrevemos como evoluiu a discussão da temática da participação e controle social nos espaços colegiados institucionalmente garantidos.

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), que teve como tema central a “Municipalização é o caminho”, em seu relatório final abordou um capítulo destinado ao controle social contendo diversas deliberações relacionadas aos conselhos de saúde, conferências de saúde, mecanismos de controle, acesso à informação e conselhos gestores²⁵.

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) cujo tema central foi a “Construção de um modelo de atenção à saúde”, em seu relatório final constava uma descrição do grande avanço relacionado à qualidade da participação e representatividade nessa instância. Também encontramos deliberações, quanto ao controle social na saúde, o que refletiu na necessidade de consolidação e da ampliação do poder e da autonomia dos conselhos de

saúde. Destacamos que este texto sintetizou os principais problemas e desafios identificados por conselheiros, que apresentaram as suas demandas e propostas para fortalecer os conselhos e capacitar os representantes usuários, sinalizando a necessidade de criação de novas formas de controle social capazes de viabilizar a participação de usuários e de trabalhadores nas decisões tomadas pelos gestores das unidades hospitalares e ambulatoriais de saúde²⁶.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), abordou no seu relatório final, um capítulo destinado a: “Avaliação do controle social nos 10 anos do SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde”⁵, explicitando nesse texto um balanço de experiências do controle social, para além dos conselhos e conferências no SUS, incluindo a indicação da construção de novos arranjos que possibilitassem a participação dos usuários.

A temática “Saúde um direito de todos e dever do Estado: Saúde que temos e o SUS que queremos” foi o título da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2004, que trouxe no seu relatório final, um eixo temático para discutir o controle social e a gestão participativa, enquanto fatores que contribuíam para a ampliação da cidadania e avanço no reconhecimento do usuário como membro da comunidade organizada. Esse texto também destacou os obstáculos ainda enfrentados nas arenas de participação já institucionalizadas, citando como exemplo: o não exercício do caráter deliberativo, condições precárias operacionais dos conselhos, ausência de outras formas de participação, dificuldade na difusão das informações e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros²⁷.

É muito interessante destacar a importância dada no texto, para a viabilização da participação em outros espaços e de outras formas, o movimento de incluir como uma das diretrizes o incentivo à formação e estruturação dos conselhos locais de saúde e o estímulo à articulação entre os conselhos, incluindo os de outros setores, como um indício de que nestas conferências havia uma reflexão acerca do fomento da participação em todas as esferas; entendendo o Município como um espaço de construção de uma rede de participação social de grande capilaridade, como o próprio relatório cita.

Em 2008 na 13ª Conferência Nacional de Saúde, com a temática da “Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, o seu terceiro eixo, discutiu a participação da sociedade na efetivação do direito à saúde, trazendo em comum algumas das discussões contidas nos textos dos relatórios anteriores²⁸. A necessidade do incentivo na formação dos representantes dos usuários, o estímulo à criação de espaços locais de participação e a discussão dos problemas e obstáculos que tem avanços tímidos registrados, principalmente no campo prático.

Desde 1990, ficou perceptível uma mobilização nacional, através da realização de cinco conferências e outras iniciativas visando o fortalecimento da participação e do controle social, como por exemplo o investimento na capacitação para conselheiros. Neste sentido, o Ministério da Saúde disponibilizou o Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais em 2002, intervenção que compõem um dos projetos do Programa de Apoio ao Fortalecimento do controle social no SUS. Assim, podemos notar um grande avanço no arcabouço legal e teórico, que abarca os desafios e oportunidades dos canais participativos, em contra ponto, fica perceptível o alto grau de lacunas nas práticas estabelecidas nestes espaços participativos, descritos em quase todos os relatórios analisados.

Labra (2006) relacionou em seu estudo que esses espaços colegiados de participação apresentavam, em maior ou menor medida, uma série de problemas práticos que envolviam desde os estatutos e o funcionamento até a representatividade dos conselheiros e a inoperância do controle social. Para a autora, ficam claras as dificuldades que temos nesses espaços quanto à falta de publicidade, adesão escassa ou inexistente da comunidade, a falta de conhecimento do papel dos conselhos, a não existência do princípio da paridade entre outros ²⁹.

Em meio a estas questões complexas perceptíveis nestes espaços colegiados, destas arenas 'macro' de participação e tendo em vista o interesse no fomento à participação popular, surge também a preocupação com a participação dos profissionais de saúde. A partir da 8ª Conferência registrou-se o incentivo a formação e estruturação dos conselhos locais de saúde e dos espaços de gestão participativa, com esforços reconhecidos de um componente estratégico, a ser criado em cada ponto de atenção do SUS, viabilizando a participação dos profissionais e funcionários na gestão, gerando os ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos dos trabalhadores e instituições.

Estas propostas são reafirmadas na Política Nacional de Humanização (PNH, 2003) que discorre sobre as dificuldades do cenário local, destacando na avaliação dos serviços: o despreparo dos profissionais e um modelo de gestão centralizado e vertical inapropriado, que desarticula o trabalhador do seu processo de trabalho. Cita como problema do sistema, o frágil controle social dos processos de atenção e gestão do SUS, enfatizando então, a necessidade de mudanças do modelo de gestão, e o fomento às possibilidades de valorização dos atores envolvidos no processo de produção da saúde, no contexto das unidades de saúde. Assim, destacamos como princípios norteadores da política supracitada:

A construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede do SUS; A co-responsabilidades desses sujeitos nos processos de gestão e atenção e o Fortalecimento do controle social, como caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS ⁶. (Página 17).

3.2 – Os Colegiados e Conselhos Gestores das Unidades de Saúde e suas questões legais.

Buscando a viabilização dos seus princípios, a Política Nacional da Humanização (2006) apresenta alguns dispositivos, dentre estes, o colegiado gestor, que garante o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação em um modelo de gestão participativa enquanto espaço coletivo deliberativo. Em sua composição produz a representação de todos os membros da equipe e enquanto finalidade é utilizado para:

“...elaboração do projeto de ação da instituição, atuando no processo de trabalho das unidades, responsabilizando os atores envolvidos, acolhendo os usuários, criando e avaliando as informações de saúde, como os indicadores, e sugerindo propostas de intervenção”.⁶

Outro documento que cita o colegiado gestor é a “Carteira de Serviços” (2011), que visa nortear as ações de saúde da Atenção Primária, oferecida à população do Município do Rio de Janeiro, no qual encontramos no capítulo referente à organização do serviço, as orientações sobre a participação popular nas unidades. Neste trecho o documento informa que toda unidade deve ter um colegiado gestor local com a participação da população, cuja representação deve ser paritária, além de relacionar a participação de profissionais de saúde representando as suas equipes. Além disso, cita o gestor da unidade enquanto dirigente deste colegiado ⁷.

Sabemos que os colegiados gestores são espaços de gestão participativa, porém na prática visualizamos uma série de problemas, que perpassam, como vimos acima, até mesmo pela polissemia expressa na nomenclatura desses espaços. Estudando sobre as experiências existentes notamos que esta polissemia não se restringe ao município do Rio de Janeiro.

O quadro a seguir consolida os documentos encontrados na pesquisa, e relaciona o aparato legal de algumas das grandes capitais brasileiras.

Quadro 2 - Relação dos documentos que abordam os órgãos colegiados locais em capitais brasileiras.

DOCUMENTOS			
Título	Ano	Tipo de documento	Capital
Projeto de Lei que institui os conselhos gestores nas unidades de saúde, dispõe sobre sua composição e atribuições e dá outras providências.	2001	Projeto de Lei	Rio de Janeiro
Regimento Interno do Conselho de Gestão Participativa da Unidade Hospitalar/ HFB.	2006	Regimento Interno	Rio de Janeiro
Projeto de Lei N°484 - Grupos gestores locais nas unidades de saúde.	2009	Projeto de Lei	Rio de Janeiro
Carteira de Serviços – Documento que relaciona os serviços prestados na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro.	2011	Guia	Rio de Janeiro
Lei Municipal N° 13.325 – Institui os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde.	2002	Lei Municipal	São Paulo
Guia para Implantação e desenvolvimento dos Colegiados Gestores em USF.	2010	Manual	Salvador
Humaniza SUS BH/ MG.	2006	Relatório	Belo Horizonte
Lei Municipal N° 6.547 – Cria os Conselhos Locais de Saúde.	1991	Lei Municipal	Campinas

Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde - Florianópolis.	2006	Regimento Interno	Florianópolis
Lei Nº 17.280 – Dispõem sobre o Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Distritais e Conselhos Gestores em Unidades de Saúde.	2006	Lei Municipal	Recife

Fonte: A autora. Documentos obtidos através da consulta nas páginas web das Prefeituras Municipais acessadas pelo Google^R.

Em São Paulo uma Lei Municipal do ano de 2004, instituiu os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, atuam no planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução de políticas e das ações de saúde ³⁰. Com uma composição tripartite inclui 50% da representação de usuários que viabilizam as competências dos conselhos em operacionalizar o orçamento participativo e controle da execução orçamentária, enquanto diretrizes relacionadas ao controle social presente neste espaço.

Em Salvador, por sua vez, encontramos um documento que define os espaços coletivos de Colegiados gestores em Unidades de Saúde da Família. Com um modelo de gestão participativa, são caracterizados por espaços de decisões coletivas. O documento que orienta a implantação destes espaços deixa claro que, alguns colegiados gestores também contam com a participação de usuários. Sugere-se que cada Colegiado Gestor construa sua lógica de funcionamento. (FESFSUS, 2010)³¹

Para ilustrar essas divergências no entendimento a cerca dos órgãos colegiados no Município do Rio de Janeiro encontramos um espaço colegiado nomeado de Conselho de Gestão Participativa³², datado do ano de 2006, relativo a uma unidade hospitalar. Tal Conselho possui caráter consultivo e permanente com objetivo de implementar a gestão participativa no âmbito hospitalar, tem composição tripartite, com um terço de

representação dos usuários. Anterior a este documento encontramos um projeto de lei, de 2001, que visava instituir os conselhos gestores nas unidades de saúde.³³

Existe um Projeto de Lei do ano de 2009 que usa a nomenclatura: Grupos Gestores Locais nas unidades do Município do Rio de Janeiro, que teve veto total em 2012, porém é caracterizado como espaço permanente de natureza deliberativa e consultiva, interagindo com os Conselhos Distritais³⁴, com composição paritária em relação ao seguimento de usuários e sendo responsável pela gestão de cada unidade.

Apesar das distinções nas nomenclaturas, composições do espaço, entre outros aspectos, percebemos que Municípios que tem legislação institucionalizando o espaço colegiado local nos pontos de atenção, buscam de certa forma legitimar os conselhos ou colegiados locais, articulando-os com as instâncias participativas em outros níveis, como o Conselho Distrital de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

Considerando o grande relevo que este aspecto ganhou neste estudo, optamos por descrever em um capítulo separado essas questões, abordaremos aqui outros componentes da participação popular.

A complexa problemática em torno das arenas que incluem a participação no Brasil não é recente. E nesse contexto, há imprecisões relacionadas ao divergente entendimento dos vários atores quanto à ocupação dos espaços democráticos. Por exemplo, Sposati e Lobo (1992) abordam a capacidade de protagonismo na defesa de interesses que se contrapõem ao estabelecido. Postulam que a alteridade não consiste apenas na presença física das pessoas ou representações e sim na capacidade destes em influir e contrapor exercendo sua opinião na defesa dos interesses coletivos²⁴.

A alteridade negada é discutida pelas autoras supracitadas, enquanto uma fragilidade dos espaços de participação institucionalizados, pois, apesar de ocupar

fisicamente as arenas democráticas, diversas influências afastam os atores de exercer o seu espaço de “Alter”²⁴. Uma das questões abordadas pelas autoras é a relação de deferência de quem tem o poder, os “donos do poder” que reiteram uma cultura elitista, impedindo a representação popular de ocupar o seu espaço de “alter”. Outro ponto é a tecnoburocracia, de maneira que muitos segmentos técnicos ocupam o espaço dos representantes populares que acabam ficando de fora das arenas de discussão.

Diante deste fenômeno podemos discutir diversas causas que colaboram para que os atores ocupantes de espaços participativos, não consigam influenciar decisões. Neste sentido Victor Valla (1996), refere que muitas vezes o convite à participação, seria uma forma dos governos se legitimarem.³⁵, o que reforça a idéia de “donos do poder” revelada pelas autoras supracitadas.

Desta maneira, nos espaços locais participativos as questões discutidas anos atrás retornam enquanto tema atual a ser debatido, a saber: dirigentes locais que tradicionalmente possuem uma cultura política autoritária, estão sendo estimulados a utilizar ferramentas da gestão participativa e não somente construir espaços democráticos, mas estabelecer a forma pela qual o produto da discussão dessas arenas possa influenciar nas suas decisões institucionais. As dificuldades e os entraves do processo de participação nas macro arenas dos conselhos e conferências são bem conhecidas, entretanto, nas instâncias locais e com o gestor assumindo o papel de dirigente, temos um cenário atual que demanda mais observações e reflexões.

3.3 – Os Vários sentidos da Participação na Saúde

Após destacarmos a participação no contexto das políticas públicas no Brasil, seguimos abordando um resgate quanto aos seus conceitos. Para Gohn (2011) o entendimento dos processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas nos conduzem ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira. A importância da participação e sua correlação na conjuntura política nos fazem visualizar diversos sentidos para este termo.³⁶

A participação na maioria dos casos é entendida apenas como o ato de intervir nas decisões políticas. Segundo a autora supracitada podemos analisar a participação por três níveis básicos: o conceitual, o político e o da prática social. O nível conceitual tem alto grau de ambigüidade e varia segundo paradigma teórico, já o político é em grande parte associado ao processo de democratização e por último o da prática social relaciona-se ao processo social propriamente dito, as ações concretas.³⁶

Do ponto de vista de Amann (1981) participação se identifica como associativismo, posto que quanto maior for o grau de associativismo de uma dada população, mais, ela estaria habilitada a ampliar seu processo participativo. Esta mesma autora argumenta que o sucesso da participação está vinculado à identidade e ao pertencimento dos sujeitos com relação ao espaço que anseia. A participação está diretamente ligada a reunião de indivíduos com o mesmo objetivo³⁷.

Diversos autores demonstram que o significado de participação permeia os processos de mudanças da sociedade e neste sentido Gohn (2011) traz quatro formas de se entender participação, a saber: a liberal, a autoritária, a revolucionária e a democrática. A liberal objetiva o fortalecimento da sociedade civil, para evitar ingerências do Estado, podendo gerar historicamente outras interpretações como liberal/ comunitária e liberal/

corporativa. A forma autoritária segundo a autora é aquela orientada para a integração e o controle social da sociedade e da política, já a revolucionária estrutura-se em coletivos organizados para lutar contra as relações de dominação e divisão do poder. E, por fim, a democrática estaria ligada ao fortalecimento da sociedade na busca da construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social sem injustiças.³⁶

Pateman (1992) enuncia outros três tipos de situações de participação, sendo uma delas a pseudoparticipação considerada quando há somente consulta a um assunto por parte das autoridades; a participação parcial definida quando muitos tomam parte da situação, porém poucos decidem e a participação total determinada quando todos têm igual influência nas decisões finais³⁸. Assim, vemos que existe uma preocupação em estudar e investigar o tema da participação, seja considerando-a sob o ponto de vista da conjuntura política ou do poder de organização da sociedade, o que ressalta, de qualquer maneira é que tais estudos agregam adjetivos e significados diferentes para contextos distintos.

Silva e Junior (2009) quando abordam as expectativas do processo de democratização em nosso país nos anos 80, referem em seu livro que o pressuposto com relação à participação era de que, se esta fosse efetiva, seria também capaz de elevar a capacidade de governança e de responsabilização dos gestores, tendo em vista os seus impactos na máquina administrativa no sentido de maior transparência, agilidade e flexibilidade, de forma a garantir maior adaptabilidade e controle das políticas públicas³⁹. Diante do exposto, grande parte dos autores, reflete os possíveis efeitos da disseminação da participação sobre a estrutura do Estado.

Para Bobbio (2000) participação associa-se a democracia enquanto meio para alcançar sua vitalidade e realização⁴⁰. Mas, entendendo democracia como um regime político que permite a participação da população nas decisões, temos que para Moíses

(2006) a democracia é um fenômeno complexo, relativo à transformação de regimes políticos de natureza totalitária ou autoritária, também definido por suas origens características nas tradições republicanas, liberal e democráticas ⁴¹. Mas, a origem do termo democracia é remota, estando empregada em sua maior parte para denotar o poder do povo em alguns territórios, tendo sido visto ao longo dos anos de forma depreciativa, principalmente por aqueles que não concordavam com as possibilidades e potencialidades da participação popular.

Autores que abordam o conceito de participação adjetivando-o de popular são Valla e Stoz (1993) que diferenciam esse tipo de participação dos demais, por ser uma política das entidades representativas das sociedades civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsável pelas políticas públicas na área social, sendo entendida também como um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação de verbas públicas.⁴² Outro termo amplamente divulgado que é convergente com o conceito enunciado acima é o controle social, abordado no texto de Sposati e Lobo (1992) quando relatam a visibilidade do controle social pelas denúncias dos serviços instalados ou pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde ²⁴.

Neste panorama conceitual da participação foi possível perceber que em cada momento histórico, este termo agrega significados e sentidos que se diferem pela representatividade, organização, importância e influência diante do poder do Estado. Fica nítido também, que em diferentes etapas do desenvolvimento sócio-político dos países, a participação é reconhecida como um passo importante a ser fomentado, diante de uma construção democrática, sendo muitas vezes importante ressaltar quem deve compor o espaço participativo e influenciar nas decisões.

Participação popular, participação da comunidade, participação democrática, participação liberal e tantos outros termos encontrados nas pesquisas, expressam o empenho na tentativa histórica da construção de regimes democráticos de ultrapassar as barreiras dos diferentes interesses conflitantes. Cada definição sugere uma visão da sociedade para organizar a participação, algumas vezes sem considerar a perspectiva prática da participação.

3.4 - Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

Para melhor composição do contexto onde a participação na saúde vem sendo discutida, abordaremos o SUS enquanto espaço de construção de um esforço de garantia dos princípios institucionalizados, potencializados a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, enquanto uma estratégia do Ministério da Saúde, para viabilizar a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Considerado como um dos avanços na garantia do acesso à saúde universal, na organização da rede, Integralidade do cuidado, na abordagem familiar e participação da comunidade, a Estratégia de Saúde da Família como é atualmente conhecida prevê uma grande aproximação com a comunidade, já que trabalha na lógica do acolhimento às necessidades de saúde da população adstrita. A relação com comunidade, seus atores e equipamentos sociais é estimulada nesta nova configuração dos serviços de saúde, de forma que é preconizada a participação da comunidade na elaboração das prioridades para intervenções e no planejamento das ações como um todo, a partir de um trabalho em equipe multiprofissional, tendo em vista, um conceito ampliado de saúde. Este cuidado às famílias prevenindo doenças, assistindo aos seus integrantes e promovendo saúde, são atribuições

dos profissionais de saúde que atuam com foco no modelo da vigilância em saúde, levando em consideração a história do seu território, a cultura, condições sociais e demais aspectos que compõem os determinantes sociais da saúde.

Os impactos são perceptíveis nos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou em outros sistemas de informação, como o SIAP- Sistema de Informação da Atenção Primária, pois o acompanhamento mais próximo do território e com um maior domínio deste permite que as equipes de Saúde da Família observem a série histórica das suas informações, constando em nível local as melhorias nos indicadores e possíveis resultados, que mereçam intervenções visando a prevenção agravos e problemas de saúde na comunidade em que acompanham.

No cotidiano do trabalho várias ações são desenvolvidas, com um processo de trabalho diferenciado das unidades tradicionais: visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, reuniões com a comunidade, articulação com outros setores, entre outros exemplos, que incluem co-responsabilização, mudança de hábitos e parceria na elaboração do planejamento da equipe e plano terapêutico. Muitas são as possibilidades de interação e diálogo com a comunidade na Estratégia de Saúde da Família, desde o diagnóstico situacional, mobilizações na comunidade, articulação com equipamentos locais, participação do usuário na gestão da unidade, entre outros espaços de comunicação e interação, cujo objetivo primordial é o de responder às necessidades de saúde da população, tendo em vista, o conceito ampliado e a determinação social da saúde.

A escuta qualificada dos usuários na Estratégia de Saúde da Família é outra proposta muito valorizada na interação com a comunidade, já que constrói possibilidades com grande riqueza de sentidos, na busca por um olhar integral do indivíduo. Este espaço de fala, escuta, confiança, entre outros sentidos e sentimentos é potencializado pela

proximidade que as equipes têm com a comunidade e seus problemas do cotidiano. Assim, com uma dinâmica de trabalho diferenciada das unidades tradicionais, diversas características do cotidiano da atuação das equipes de saúde família corroboram para essa forma de saber cuidar do indivíduo e da população em seu território.

A atuação na Estratégia de Saúde da Família constrói possibilidades de novas práticas de atenção à saúde e gestão, incluindo a gestão participativa. Segundo Rocha (2009) na gestão pública implementada no Brasil a partir dos anos de 1990, destacam-se as experiências de gestão participativa em inúmeras cidades brasileiras, a participação da sociedade enquanto dimensão vital ⁴³.

Nesta perspectiva de reorientação das políticas sociais, visando à equidade e a inclusão dos segmentos da população, a gestão participativa em saúde se mostra como estratégia que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de tomada de decisões e controle social. Campos (2005) relaciona o conceito de gestão colegiada como uma reflexão crítica da organização tradicional que apresenta-se em organogramas piramidais sem a participação da base nas discussões e definições de objetivos, objetos e dos métodos de trabalho ⁹.

O autor supracitado também demonstra as potencialidades da gestão mais horizontal, à medida que esta cria um fluxo de ideias, de debates, de negociações e de compromissos, estendendo assim o direito e a capacidade de decidir a todos os atores envolvidos no processo. Campos (2005) também diferencia as distintas modalidades de espaços coletivos que configuram o sistema de gestão participativa e diante sua definição os conselhos e colegiados tornam-se espaços permanentes de funcionamento regular, com normas de caráter estrutural no organograma da instituição. Já os dispositivos são

considerados espaços de caráter episódico como as assembleias, reuniões ocasionais entre outros⁹.

4.0 - MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 – Itinerários de Pesquisa

Caminhando no sentido do que temos produzido acerca desse tema, muitos artigos abordam a participação na área da saúde, considerando desde a importante trajetória histórica até a forma prática com que é operacionalizada incluindo os diversos desafios, enfrentados nos espaços institucionalizados.

O Quadro 3 abaixo relaciona as produções científicas resultantes da pesquisa bibliográfica na base de indexação Lilacs, utilizando o descritor conselho de saúde. Após obter o resultado, selecionamos os estudos em português, com texto completo e data a partir do ano de 1990.

Quadro 3 – Produções Científicas.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DESCRITOR – CONSELHOS DE SAÚDE			
Título	Ano	Tipo de Produção	Revista/ Local
Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS	2009	Artigo	Ciênc. Saúde coletiva
Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil.	2009	Artigo	Ciênc. Saúde coletiva
A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais.	2007	Artigo	Ciênc. Saúde coletiva
Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde:	2007	Artigo	Rev. Brasileira

aproximações teóricas.				de Enf.
Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul.	2006	Artigo		Ciênc. Saúde coletiva
Conselhos de saúde: controle social e moralidade.	2011	Artigo		Saúde Sociedade
O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil.	2011	Artigo		Saúde e Sociedade
Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade.	2011	Artigo		Saúde e Sociedade
Vigilância sanitária, participação social e cidadania.	2011	Artigo		Saúde e Sociedade
A programação pactuada e integrada (ppi) no contexto da norma de assistência à saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: uma discussão sobre a gestão do SUS.	2004	Tese		Rio de Janeiro
Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a(re)significação do ser sujeito.	2011	Artigo		Rev. Baiana Saúde Pública
O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura: [revisão].	2010	Artigo		Rev. Bioética
Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação.	2010	Artigo		Rev. APS
Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde.	2004	Artigo		Saúde e Sociedade
Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo - PB: um estudo sobre participação.	2009	Artigo		Rev. Adm. Saúde
O direito à saúde na interface entre sociedade civil e estado.	2009	Artigo		Trab. Educ. Saúde
Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo.	2003	Artigo		Saúde e Sociedade
Participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde: uma análise sobre as entidades representantes dos usuários.	2012	Artigo		Rio de Janeiro
O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica.	2007	Artigo		Texto e Contexto
Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS.	2011	Artigo		Physis
O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde.	2011	Artigo		Physis
O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo.	2011	Artigo		Physis
A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS.	2010	Artigo		Saúde Sociedade

Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde.	2009	Artigos	Rev. Adm Pública
Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde.	2009	Artigo	Physis
Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia.	2008	Artigo	Physis
Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ.	2007	Artigo	Physis
Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores.	2006	Artigo	Saúde e Soci.
Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: atuação e percepção dos representantes dos usuários do SUS.	2011	Tese	Rio de Janeiro
Gestão participativa e a reestruturação da rede municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011.	2011	Tese	São Paulo
Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no conselho.	2006	Artigo	Ciênc. Cuid. Saúde
Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS.	2010	Tese	Rio de Janeiro
Conselhos municipais e governança: uma análise do Conselho de Representantes de Paranapiacaba e Parque Andreense do município de Santo André-SP.	2009	Tese	São Paulo
Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro.	2009	Tese	Rio de Janeiro
O processo de constituição e funcionamento de um Conselho Municipal dos Direitos do Idoso: o caso do município de Maringá-PR.	2009	Tese	Rio de Janeiro
A política de educação permanente em saúde para Conselheiros e agentes sociais no estado de Mato Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo decisório.	2009	Tese	Rio de Janeiro
Fórum saúde e democracia: uma visão de futuro para o Brasil.	2006	Monografia	Rio de Janeiro
Democratização da política de saúde: avanços, limites e possibilidades dos conselhos municipais de saúde.	2005	Tese	Rio de Janeiro
O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde.	2000	Artigo	Planej. Políticas Públicas
Multimídia e conectividade entre os conselhos de saúde: a plenária virtual permanente.	2005	Tese	Rio de Janeiro
Do controle social à gestão participativa: perspectivas pós-soberanas para a participação política no SUS.	2008	Tese	Rio de Janeiro
Saúde, democracia e gestão: o caso dos Conselhos	2007	Tese	São Paulo

Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares do município de São Paulo.			
As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro.	2006	Tese	Rio de Janeiro

Fonte: A autora. Seleção de Produções Científicas indexadas na base de dados LILACS, pesquisa realizada em Outubro de 2012.

Observamos que houve uma evolução na discussão sobre a valorização da participação e grandes esforços foram acumulados na viabilização desse princípio, acreditando no retorno que este traz para a qualidade de vida da população. Nestas 43 entradas selecionadas, percebemos que as investigações em grande parte versavam sobre os conselhos de saúde e o controle social, abordando desde a dinâmica e funcionamento até as novas conformações dos espaços de gestão participativa. Inserimos este quadro neste estudo como fonte de pesquisas posteriores e porque acreditamos que essa produção revela a grande importância dada ao tema nos últimos anos, o interesse em investigar e discutir sobre as barreiras de um processo de participação e o desejo de fortalecimento de práticas participativas inclusivas no Brasil.

4.2 - Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, Godoy (1995) refere que a mesma “considera o ambiente como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento chave, pois possui caráter descritivo, sendo o processo, foco principal de abordagem e não o resultado e ou o produto(...)”.⁴⁴ A preocupação maior desta pesquisa foi a de compreender os fenômenos que envolvem a participação popular nos colegiados gestores das unidades de saúde da atenção primária, de maneira que, Gil (2010) corrobora que pesquisas

exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo.⁴⁵

Triviños (1987) afirma que estudos exploratórios permitem que o pesquisador obtenha informações, com base nas investigações na realidade estudada.⁴⁶ Estudar a participação popular nas unidades de saúde exige essa aproximação, apesar dos estudos prévios que acompanham esse tema, os mesmos autores corroboram com as dificuldades encontradas na prática diária dos espaços participativos.

No Município estudado, como dito anteriormente, houve um estímulo à disseminação dos colegiados gestores, configurando um cenário diferenciado que demandou uma aproximação sobre este fenômeno. Quanto aos meios este estudo apresenta uma abordagem qualitativa, segundo Minayo (1995), que considera que este tipo de pesquisa responde a questões muito particulares e tem a preocupação com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos estudados.⁴⁷

Os seguintes procedimentos técnicos foram utilizados nesta pesquisa: análise documental, entrevista e observação, que serão explanados detalhadamente no subitem procedimentos de pesquisa. Cabe ressaltar, que optamos por este caminho metodológico, pois acreditamos ser o mais adequado para aprofundar o conhecimento do objeto a ser estudado, atendendo assim aos objetivos propostos nesta investigação. Minayo (1995) reforça nossas escolhas metodológicas referindo que algumas técnicas quando combinadas podem maximizar o alcance e minimizar as limitações de cada uma.⁴⁷

Desta maneira, optamos por realizar uma investigação mais profunda em alguns espaços participativos, o que nos possibilitou abordar a participação popular através da

análise dos documentos que norteiam este espaço (Regimentos internos, pautas, atas e outros encontrados), além de entrevista com os gestores locais que ocupam a função de coordenadores ou mediadores nos espaços participativos e observação sistemática dos encontros. O cenário onde foi desenvolvida a pesquisa e como foi desenhada a escolha do colegiado a ser estudado, será descrito no capítulo a seguir.

4.3 – Cenário

Este estudo foi realizado no Município do Rio de Janeiro, que de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (2001 – 2004) está localizado na Região Metropolitana do Estado. A região conhecida como Metropolitana I, tem uma área composta de 12 municípios, dentre eles o Município do Rio de Janeiro que em 2010 (CENSO, 2010) contabilizou uma população residente de 6.320.446 milhões pessoas em uma área de 1200,3 Km², com uma densidade demográfica de 5.265,81 habitantes por Km², possuindo uma população predominantemente urbana, constituindo-se em uma região que se destaca muito do restante do Estado ¹¹.

Em 1993 a Secretaria Municipal de Saúde, segundo a Resolução de Nº 437, criou na Cidade do Rio de Janeiro, as Áreas de Planejamento Sanitário com o objetivo de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde, permitindo operacionalizar a implantação do novo Sistema de Saúde brasileiro, o SUS ³⁷. Foram criadas dez áreas de planejamentos abrangendo toda a extensão territorial e concentração populacional que somam os 160 bairros do Município, segundo informações do Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) ¹.

Nesse sentido, o Rio de Janeiro passou a contar com as dez Áreas de Planejamento (AP) distribuídas geograficamente da seguinte forma: APs do Centro (1.0), da Zona Sul

(2.1), da Zona Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) e da Zona Oeste (4.0, 5.1, 5.2 e 5.3). Em cada AP existem as coordenações, que funcionam como uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS, no território da sua abrangência. Segundo o Ministério da Saúde, no documento intitulado: “Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro” (2005), as Coordenações das Áreas de Planejamento enfrentam diversas dificuldades de ordem financeira, técnico-administrativa e política, as quais obstaculizam e limitam suas ações, tornando-as, grande parte das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergências ¹².

Assim, o mesmo documento ressalta que as APs estão longe de funcionar como Distritos Sanitários, considerados por Mendes e colaboradores, como espaços que deveriam propiciar a mudança das práticas sanitárias tendo como base um território, sendo entendido como a menor unidade territorial com autonomia para realizar todo planejamento e execução de ações de saúde voltadas para a necessidade da população dos seus territórios⁴⁸. Mesmo diante das dificuldades supracitadas as áreas de planejamento exercem um papel muito importante perante as unidades de saúde do seu território, principalmente no que se refere à assessoria e suporte técnico científico. São as APs que elaboram o plano de intervenções da área, determinando assim, o foco da atuação das suas unidades adstritas.

O conjunto de Unidades prestadoras de serviços de saúde presente no território de abrangência das APs inclusive as do setor privado são acompanhadas pela Equipe da Coordenação das Áreas, suas divisões e setores em destaque a Divisão de Vigilância em saúde, que é responsável pelo acompanhamento do perfil epidemiológico e as doenças de notificação compulsória. Neste contexto das áreas de planejamento, nosso estudo teve como cenário de pesquisa, duas Unidades de Atenção Primária, que somados aos outros

equipamentos existentes, compõem a rede de atenção à saúde de uma Área de Planejamento.

Em ambas unidades existem espaços participativos abertos a comunidade, por que o estímulo à implantação destes espaços colegiados é uma estratégia que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro vem utilizando, enquanto ferramenta de gestão tendo como base a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003)⁶. Na prática, a partir de 2011 as Coordenações de Área de Planejamento procederam estimulando a criação dos Colegiados Gestores nas suas unidades da Atenção Primária, tendo feito para isso, uma série de ações como as oficinas de sensibilização e o apoio técnico.

Atualmente existem 72 colegiados gestores funcionando em unidades da atenção primária do Município do Rio de Janeiro, justificando assim a escolha dos espaços para a realização deste estudo. Analisando o levantamento prévio e atentando para uma situação específica, a saber, a existência de um colegiado gestor que reúne duas unidades de um mesmo território, é que escolhemos os cenários de pesquisa deste estudo.

As instâncias de participação existentes no bairro de Manguinhos, localizado na Área de Planejamento 3.1 tem a participação de quatro gestores locais e um coordenador, todos envolvidos na realização e condução dos Colegiados e conselhos Gestores, vinculados às duas unidades de saúde e uma equipe denominada de “Equipe Consultório de Rua”.

Segue abaixo a descrição das arenas participativas investigadas:

- ***Colegiado Gestor Intersetorial (CGI)***: colegiado formado por profissionais e gestores das duas unidades de saúde do território, representantes da comunidade e

representantes de equipamentos da área da saúde, educação e assistência social também do território.

- *Conselho Gestor do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria*: realiza reuniões mensais com a presença de profissionais e gestores da unidade, além da participação da comunidade.

- *Colegiado Gestor da Clínica da Família Victor Valla*: reúne mensalmente representantes das equipes de saúde da família, aberto a participação de usuários.

- *Colegiado Gestor Centro Municipal de Saúde Centro de Saúde Escola Manguinhos*: possui representante de seis equipes de saúde da família e a população é convidada a participar.⁴⁹

Diante dos dados obtidos em nosso levantamento prévio, não encontramos um outro local que possua tantos espaços de participação popular relacionados ao número de unidades de saúde envolvidas, tendo em vista, a possibilidade de aproximação dessa riqueza de experiências e considerando os objetivos desta pesquisa, identificamos, que o melhor a fazer era escolher o bairro de Manguinhos e as suas duas unidades de saúde, como cenários para a realização deste estudo.

Os critérios de inclusão para a escolha das unidades participantes deste estudo, foram, portanto, a existência de participação popular nos colegiados gestores e o tempo de existência destes espaços colegiados.

Os critérios de exclusão foram a existência de colegiados gestores recém formados, que não possuíam ou havia previsão de possuir espaços para a participação de representantes da comunidade.

Segundo o levantamento prévio realizado para esta pesquisa, grande parte dos colegiados inaugurados, após a normatização dos espaços participativos, pelo documento já citado anteriormente do Município do Rio de Janeiro, (Carteira de Serviços), estão sendo utilizados enquanto fóruns de gestão participativa, de cunho consultivo e sem previsão de participação popular, ou seja, espaços sem autonomia e influência na tomada de decisão dos gestores, as arenas não deliberam, funcionam como grupos de trabalhos que estudam temáticas e situações problemas das unidades, traçando estratégias que serão discutidas e aprovadas pelo conjunto total de profissionais existentes em determinada unidade. A seguir passaremos a descrição do território enquanto cenário deste estudo.

Manguinhos é um bairro do Município do Rio de Janeiro, localizado na zona norte, com a peculiaridade de abrigar a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e um grande aglomerado subnormal. Foi fundado em 1981 é caracterizado por um baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), valor este abaixo de comunidades como a Rocinha e Vigário Geral que também possuíam violência armada e tráfico de entorpecentes. Em 2012, a comunidade de Manguinhos foi ocupada pelas forças armadas e instituições de seguranças, com objetivo de executar uma operação denominada de Pacificação, que visa desarticular os grupos armados que dominam diversas comunidades no município.⁵⁰

Referente aos serviços de saúde públicos, o bairro tem um Centro de Saúde Escola (CSE) onde também ficam localizadas equipes de saúde da família, uma Clínica da Família (CF) onde fica abrigada uma equipe de consultório de Rua, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Evandro chagas (IPEC).

Muitos problemas sociais e de saúde caracterizam a população deste local, que foi ocupado no século XX em diante, e possui como principal construção industrial a refinaria de Manguinhos. Neste cenário, com evidentes dificuldades, os serviços de saúde estão ativamente presentes, construindo coletivamente práticas de saúde em busca da melhoria da qualidade de vida da população.

4.4 - Sujeitos do Estudo

Como sujeitos deste estudo estão os diretores e gerentes, que ocupam a função de dirigentes nos conselhos e colegiados gestores em funcionamento nas suas unidades. O gestores foram convidados a participar desta pesquisa, sendo entrevistados aqueles que aceitaram voluntariamente. Pela especificidade do cenário a ser estudado, realizamos a entrevista também com o Coordenador responsável pelo projeto de gestão das unidades deste bairro, chamado “Projeto Teias - Escola Manguinhos”, posto que este profissional atuava ativamente moderando um espaço participativo. Em se tratando de um estudo exploratório que foi realizado no colegiado, toda a equipe de multiprofissionais e atores que estão presentes neste espaço também compuseram o quadro de sujeitos deste estudo, que se deu através da observação dos encontros.

Para todos os participantes desta pesquisa foram salvaguardados os aspectos éticos para pesquisas em saúde definidos pela Resolução de Número 196 (2012) do Conselho Nacional de Saúde ⁵¹. Assim, as entrevistas foram precedidas de autorização formal dos gestores, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV). Para tanto, informamos a todos quanto aos objetivos, metodologia, os benefícios e a ausência de riscos para a participação neste estudo, ressaltando a garantia do sigilo, anonimato e o

direito de retirar-se a qualquer momento sem prejuízo ou ressentimentos. Cabe ressaltar que a fase de coleta de dados teve início após a aprovação formal desta pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP - ENSP), com o número do Parecer Consubstanciado 226.451 ENSP/FIOCRUZ em 22/03/2013.

4.5 - Procedimentos de Pesquisa

Como procedimentos de Coleta de Dados, obtivemos cópias dos documentos que norteiam os espaços participativos: Regimento interno, pautas e atas e outros documentos com datas a partir do ano de 2010, utilizados para nortear os colegiados gestores, com a preocupação prévia de entregar ao gestor da unidade, um Termo de Compromisso de utilização dos Dados (Apêndice V).

A escolha por 2010, justificou-se por ser o ano do lançamento do documento “Carteira de Serviços”⁷, que considera e norteia a participação popular para todas as unidades de atenção primária do Município em questão. Apesar de muitos colegiados serem inaugurados após essa data, não podemos afirmar que este documento fomenta, pois apesar de prescrever a existência, não garante que esse efeito seja aplicado na prática, muito menos tem poder de apoiar os gestores na manutenção dos espaços participativos enquanto arenas de disputas e conflitos.

Foi necessário elaborar um roteiro com os tópicos para analisar as atas coletadas, que consta no Apêndice III. O trabalho de campo teve sequência com a execução da técnica da entrevista que segundo Marconi e Lakatos (1999) é o “Encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto”.⁵² Para tanto, elaboramos um instrumento semi-estruturado que consta no (Apêndice I), e que tem

no primeiro bloco questões abordando os aspectos que definem o perfil dos gestores e dos colegiados gestores existentes nas unidades de Atenção Primária à Saúde.

O segundo bloco foi composto por questões sobre a dinâmica de funcionamento destes espaços participativos na percepção dos gestores locais, incluindo a representatividade exercida e a influência das reflexões que acontecem nestes espaços para o processo de decisão – ação do gestor. Trabalhamos com a proposta de amostra por exaustão, pois abordamos todos os indivíduos elegíveis, incluindo o Coordenador, até considerarmos que as respostas se repetiam.

O instrumento de entrevista semi-estruturado foi elaborado visando uma maior flexibilidade nas respostas, garantindo a compreensão do sujeito da pesquisa e evitando a perda de informações, uma vez que as entrevistas foram gravadas, com a constante preocupação de que este fato não inibisse o entrevistado. Durante a coleta de dados com a entrevista houve necessidade de inclusão de novos questionamentos que enriqueceram o estudo, onde os diálogos foram transcritos para posterior análise.

Realizamos também, como coleta de dados, a Observação não sistemática, que segundo Marconi & Lakatos (1999) “(...)utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Consiste em ver, ouvir e examinar fatos e fenômenos.” Esta técnica é considerada método científico quando planejado e registrado, possui suas vantagens e desvantagens, sendo de interesse deste estudo a vantagem desta técnica em considerar a ampla variedade de fenômenos como pressuposto.⁵²

Na ocasião desta investigação, optamos em adotar a observação não sistemática, semi-estruturada e aberta. O Roteiro da Observação que consta no Apêndice II, foi elaborado a partir da criação de categorias da participação popular gerais e abertas, propiciando liberdade durante a observação nos espaços participativos, considerando o

objetivo da utilização desta técnica em analisar comportamentos. O registro das observações foi feito diretamente pela pesquisadora, digitalizado em grande parte, logo após os encontros.

ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA

Para a etapa dos procedimentos de Análise dos dados, utilizamos a técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 1995), visando revelar as tendências identificadas nos discursos coletados das entrevistas, pois buscamos elucidar as questões deste estudo ancorando-nos na fundamentação teórica. A Análise de Conteúdo ressurgiu a partir dos anos 1950 e na década de 1960, com um debate mais aberto e mais diversificado, sendo importante ressaltar que a inferência e a busca da compreensão dos significados presentes nos discursos surgem em destaque, na polêmica da abordagem quantitativa realizada na análise do material quando se utiliza essa técnica⁵³.

Bardin (1995) define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos (...)”.⁵³ Analisar os depoimentos dos gestores locais utilizando a técnica de análise de conteúdo possibilitou a realização de inferências acerca dos achados, na tentativa de trazer além dos conteúdos manifestos. Minayo (2006) corrobora e refere que:

“Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critérios de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir mediante inferência, uma interpretação mais profunda.”⁵⁴ (p. 307).

Na etapa da análise documental realizamos leituras sucessivas e sistemáticas dos documentos obtidos, de forma a ordenar e organizar as informações, buscando

compreender no material trazido do campo questões relativas à participação popular nos espaços estudados. Em uma planilha, os trechos extraídos dos documentos foram classificados em categorias e as informações organizadas desta forma foram lidas novamente e diversas vezes, uma a uma, fazendo-se os questionamentos elaborados com base no referencial teórico e no material já processado das entrevistas.

Por último, descreveremos como se deu o procedimento de análise dos relatórios da observação sistemática e entrevista semi-estruturada nos encontros dos colegiados, tendo em vista que a pesquisadora observadora elaborou um registro de natureza narrativa de tudo o que foi constatado no período de observação, material este imediatamente tratado e analisado considerando a complexidade do campo estudado.

Foram realizadas leituras sucessivas e minuciosas do material obtido, buscando destacar também trechos, que após releituras, foram agrupados em categorias. Estas novas informações foram correlacionadas com os dados já coletados nas entrevistas e análise documental, que estando previamente tratados permitiram uma complementaridade na análise dos aspectos envolvidos nas práticas participativas estudadas. Optamos por separar os resultados da discussão, entendendo que desta maneira teríamos mais espaço de compreensão do leitor, uma vez que optamos por um itinerário descritivo das narrativas obtidas.

5.0 – RESULTADOS

5.1 - Caracterização das Instâncias Locais de participação investigadas

Foram realizadas entrevistas com seis gestores que participavam e atuavam como mediadores nos quatro espaços de participação popular investigados nas instâncias locais.

Dois gestores foram da mesma Clínica da Família, pois coincidentemente no momento da coleta de dados, a unidade passara por uma troca de gestor, o que nos fez optar por entrevistar tanto o gerente que saíra recentemente, quanto o que acabara de entrar. O gerente antigo foi promovido para atuar dentro do Projeto no território, sendo possível o acesso ao mesmo para a realização da entrevista. Como o novo gerente havia assumido a unidade, há menos de um mês foi providencial para a contextualização histórica deste cenário participativo, a escuta destes dois atores que se complementaram.

No Conselho Gestor Intersetorial, também houve necessidade de complementar as informações fornecidas pela coordenação do espaço e gestor local, posto que ambos atuavam enquanto mediadores do conselho.

O Quadro 4 abaixo destaca as principais características que compõem o perfil dos participantes entrevistados; dentre as informações abaixo destacamos que o tempo de experiência na gestão ao qual nos referimos é o tempo de experiência na condução da unidade que atuavam no momento da pesquisa. Assim, apenas um dos entrevistados estava menos de 3 anos de experiência na gestão da unidade, pois, como dito anteriormente havia assumido a função há menos de Hum mês.

Quadro 4- Perfil dos participantes entrevistados.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS	
Características	Resultado Encontrado
Total de Entrevistados	6
Categorias	Médicos e Enfermeiros
Formação Mínima	Pós-graduação na área da Saúde Pública
Tempo de Experiência Mínimo na Gestão	3 anos

Cargos Ocupados	<ul style="list-style-type: none"> - Gerentes de unidades de saúde; - Chefias de unidades de saúde; - Apoiadores Institucionais; - Coordenadores de Projetos Privados na área da Saúde.
-----------------	---

Fonte: Dados extraídos das entrevistas realizadas no período de Abril à Junho de 2013, no cenário de pesquisa.

Com os dados obtidos na coleta de dados foi possível descrever as arenas colegiadas e a prática participativa existente em cada uma delas, informações originadas da análise dos documentos oficiais, como regimentos dos conselhos e colegiados e das entrevistas com os gestores locais.

A seguir, optamos por descrever em separado cada espaço pesquisado, acreditando assim priorizar uma exposição didática do material coletado.

CONSELHO GESTOR DO CSE GERMANO SINVAL FARIAS

Iniciamos pela descrição do conselho gestor de uma unidade tipo B, ou seja uma unidade de saúde que convive com o tradicional modelo do Posto de Saúde na lógica da oferta de especialistas e a Saúde da Família. O Centro de Saúde Escola (CSE) é uma subunidade da Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, por que o CSE Germano Sinval Faria (GSF) é considerado um departamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); estando desta maneira vinculado à Fiocruz e ao Ministério da Saúde.

O CSE GSF tem uma chefia eleita e esta unidade funciona no modelo tradicional de prática em saúde, com especialistas e compartilha sua estrutura física com 7 Equipes de Saúde Família, com a articulação do trabalho entre eles por meio do matriciamento.

As equipes de saúde da família são reguladas diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e indiretamente por uma organização privada sem fins lucrativos, o que neste estudo denominaremos de “Projeto TEIAS”, pois é exatamente como chamam o contrato de gestão estabelecido pela SMS com a organização privada, para custeio das equipes de saúde da família no território estudado.

Cabe ressaltar que o CSE GSF é o único centro de atenção primária das Américas certificado pelo CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação), vinculado a Joint Commission International, com acreditação na data de 14 de fevereiro de 2012, cumprindo os padrões que são voltados para integração da comunidade e promoção da saúde e prevenção de doenças.

O conselho gestor dessa unidade tem 3 anos de duração, criado no início da gestão da atual chefia. Na sua composição há 12 membros, divididos da seguinte forma: 6 membros da comunidade e 6 membros dos trabalhadores, garantindo o princípio da paridade.

Nas reuniões do conselho gestor, segundo o regimento, estabeleceu-se que a subdivisão das vagas para os membros trabalhadores seria da seguinte maneira: 3 vagas para gestores e 3 para profissionais de saúde. Referente aos gestores uma vaga, considerada para membro “nato” e coordenador do conselho é destinada à chefia do CSE GSF, outra vaga é cativa a um representante da Coordenação da área de planejamento a qual estão vinculados, que é a CAP 3.1 e a última é ocupada pelo gestor representante da instituição de ensino que o centro de saúde tem vínculo, uma Universidade pública do município.

Os trabalhadores ocupam as suas três vagas da seguinte maneira: uma é reservada para um membro da Associação de trabalhadores e as demais para profissionais de saúde da CSE GSF, eleitos em uma Assembléia entre os próprios.

No que diz respeito a ocupação das 6 vagas destinadas a representação da comunidade, a chefia explicitou que por conta de atravessamentos vividos com as Associações de moradores locais, estas não foram escolhidas como representantes legítimas da comunidade e pensando em ativar esse conceito, criou-se a proposta de utilizar um espaço comunitário denominado de “Fórum”, para eleger representantes da comunidade que participariam do Conselho da CSE GSF. Assim foi feito, de maneira que as vagas destes conselheiros, foram organizadas de forma a contemplar a representação dos grupos minoritários e majoritários que frequentam a unidade. Seguindo essa lógica, atualmente existem representantes das seguintes áreas descritas a seguir: Doenças Crônicas, Idosos, usuários de Drogas, Mulheres, Negros e uma Organização Não Governamental.

Cabe ressaltar, que os encontros deste conselho só acontecem com a presença da maioria simples de seus membros, que de acordo com o seu regimento é a terceira parte dos seus representantes, considerando que os suplentes substituem os titulares. Os membros com três faltas consecutivas ou cinco faltas intercaladas são desligados do quadro de membros. Há possibilidade de participação enquanto ouvinte neste espaço, o que também inclui o direito a voz.

Enquanto competência deste conselho, o seu regimento atribuiu a este o acompanhamento, controle e avaliação das políticas públicas e dos determinantes de saúde no território de Manguinhos, de forma a atuar na definição das prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela unidade. Assim são conferidas atribuições a este, que consideram desde a participação no planejamento das atividades, deliberações e acompanhamento na execução destas, até participação na elaboração de propostas orçamentárias. Dentro deste escopo, também podemos incluir ações intersetoriais com equipamentos e atores presentes no território, assim como este espaço do conselho é

utilizado segundo o seu regimento para promover e divulgar informações do serviços e orientações aos usuários.

CONSELHO GESTOR INTERSETORIAL

Seguindo com a descrição dos espaços de participação, passaremos a caracterização do conselho gestor Intersetorial. Para tanto é necessário iniciar historiando sobre um evento local, que deu origem a esse conselho. A *1ª Conferência Local de Saúde de Manguinhos* que aconteceu em 16 de julho de 2011 e teve como comissão organizadora a iniciativa “Projeto Teias”, o Fórum do Movimento Social de Manguinhos, a Assessoria de Cooperação Social/ENSP/FIOCRUZ e a Coordenadoria de Cooperação Social/Presidência /Fiocruz. Segundo relata o documento denominado de relatório final, a conferência supracitada contou com a participação de 130 pessoas, entre estes moradores, entidades e movimentos sociais, trabalhadores e gestores que atuam em instituições do bairro de Manguinhos, cujo objetivo geral deste encontro foi contribuir com a formação política e a mobilização dos atores sociais neste bairro, para as questões relacionadas à política de saúde no território, com ênfase na gestão participativa. Dentre os objetivos específicos destacamos o que se refere ao debate sobre o Conselho Gestor Intersetorial e os espaços locais de participação enquanto instâncias de gestão participativa para o território estudado.

Os atores envolvidos na conferência trabalharam as propostas e moções de reivindicações em grupos de trabalho divididos por segmentos sociais e setores representados. Após discussão foram elencados 81 pontos, destes relacionamos 8 que dizem respeito a participação da população e ao conselho gestor intersetorial. São eles:

- Criar os espaços locais de participação social: reuniões das equipes de saúde da família com a população;
- Manter a intersetorialidade do conselho Gestor Intersetorial do “Projeto TEIAS - Escola”, com a participação da educação e assistência social;
- Estimular a participação comunitária na gestão da saúde no território, aproveitando os espaços de reunião com a comunidade já existentes e outros;
- Reunir moradores com a chefia da clínica da família e com outros espaços de escuta, como a ouvidoria;
- Garantir a participação de lideranças e moradores nos colegiados gestores das unidades;
- Ampliar o diálogo entre a comunidade e os conselhos do território;
- Reconhecer os espaços de participação, como Fórum do Movimento Social e o Conselho Comunitário do território;
- Integrar os diversos conselhos comunitários de forma mais efetiva;
- Envolver todas as denominações religiosas presentes no local, para o processo de formação do Conselho Gestor Intersetorial (CGI), através de convites específicos distribuídos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Enquanto Moção os atores da conferência consensuaram em solicitar aos gestores municipais e construção de dois equipamentos de saúde: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para o bairro e mais uma Clínica da Família. Então, foi neste contexto que foi criado o conselho gestor Intersetorial, um dos nossos cenários que será descrito a seguir. Antes de descrevê-lo é importante destacar que o bairro estudado, tem duas unidades de atenção primária e ambas tem equipes de saúde da família, financiadas pela Secretaria Municipal de Saúde que de acordo com o contexto atual de gestão vinculam-se com organizações sociais para a contratação de profissionais e orçamento da prestação de

serviços. Este vínculo no caso de Manguinhos é feito com a Organização Social Fiotec, que faz a gestão de um projeto denominado de Projeto TEIAS para este fim e outros projetos de formação e capacitação profissional em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública, como já havíamos referido no caso anterior.

O Projeto TEIAS - Escola Manguinhos é responsável por coordenar e custear gastos com contratação dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família até alguns custos dos serviços prestados por essas equipes. Dentro deste projeto, estão as equipes de saúde da família da Clínica da Família Victor Valla e do CSE Manguinho que divide estrutura física com o Centro de Saúde e Escola Germano Sinval Faria. O Teias Manguinhos como é comumente chamado, tem uma coordenação e apoiadores que atuam junto aos gerentes e chefias das unidades de Manguinhos, acompanhando e apoiando o trabalho a ser realizado, por meio de um contrato de gestão, que prevê o alcance de objetivos e metas trimestrais para que se efetive o repasse de recursos e a renovação do contrato vigente com a Organização Social. O Conselho Gestor Intersetorial surge como uma preocupação da coordenação do projeto TEIAS em trabalhar uma Atenção Primária que incorporasse a participação popular, em um contexto de cogestão onde os profissionais e a comunidade teriam escuta. No caminho para a elaboração deste espaço, organizou-se uma Conferência Livre de Manguinhos, que discutiu alguns problemas, como: De que forma poderia ser organizada a participação da comunidade neste conselho?

Neste momento o grupo pensou em áreas prioritárias que poderiam ser representadas e nesta conferência ficou mais clara a ideia de que o espaço que se pretendia criar era um espaço que representasse o território de Manguinhos e não um espaço para cada unidade de saúde. O pressuposto era ter um espaço mais potente e intersetorial pensando em uma abordagem das questões de saúde, considerando as determinações

segundo o conceito ampliado de saúde, e para tanto era necessário estar presente neste espaços os parceiros das áreas de educação, assistência social e cultura, por exemplo.

Pelo relato, nesta Conferência discutiram-se os detalhes para a criação de um conselho gestor do território de Manguinhos e em paralelo foram construídos alguns espaços para debater certas questões referentes a organização e composição deste conselho. Ao final dos debates e acúmulo de discussões que conferiram um consenso com relação as questões levantadas, o conselho foi ganhando um formato e no final do ano de 2010 foram lançados os candidatos à representação da comunidade. De acordo com o consenso gerado a partir da discussão, assim foram eleitos os conselheiros e suplentes da representação dos usuários-cidadãos de Manguinhos, nos seguintes segmentos sociais/ setores de atuação:

- 1- Assistência Social;
- 2- Criança e Adolescente;
- 3- Cultura;
- 4- Esporte;
- 5- Educação;
- 6- Grupos étnicos e minorias (negros, deficientes, Gays, Bissexuais, Lésbicas e Transexuais);
- 7- Idosos;
- 8- Mulheres;
- 9- Representações comunitárias;
- 10- Saúde e ambiente;
- 11- Segmento religioso;
- 12- Trabalho Cooperativo/ Geração de renda solidária.

Para cada área citada anteriormente há um conselheiro titular e o seu respectivo suplente, somando um total de 24 membros representantes dos cidadãos-usuários. Os representantes gestores foram indicados, de maneira que participaram os gerentes das unidades de saúde, gestores do Projeto TEIAS, apoiadores do Projeto TEIAS e Gestores da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), somando 6 conselheiros titulares e os seus respectivos suplentes.

No que diz respeito aos profissionais de saúde conselheiros e suplentes, estes foram eleitos com um processo de votação entre si, somando 6 conselheiros titulares e da mesma forma os seus respectivos suplentes. Cabe ressaltar que no segmento trabalhador da área da educação, a titularidade ficou com duas coordenações de educação, que atuam na área adstrita ao bairro estudado, estas participam intercalando a sua presença nas reuniões.

Considerando a seguinte composição, o CGI segundo o seu regimento é descrito como um órgão de instância colegiada e deliberativa, com natureza permanente, tendo como objetivo a atuação na formulação, monitoramento e controle da execução de políticas públicas no seu território, incluindo o fomento a participação social e de acordo com o regimento deste espaço, todos os conselheiros terão mandatos de dois anos, sendo as suas faltas nas reuniões atribuídas ao segmento representado e o excesso de faltas será levado para análise do conselho, podendo acarretar na perda do mandato.

Quanto ao quórum para início das reuniões, o regimento é muito claro quando cita que há necessidade da presença mínima de treze membros representantes dos vinte e quatro segmentos deste conselho, de preferência seis representantes da gestão, seis dos trabalhadores e doze dos usuários. Visando esse controle e demais ações de apoio, este espaço conta com uma secretaria executiva, havendo também a possibilidade da criação de comissões ou grupos de trabalhos, descritas no regimento com sua potencialidade de apoiar

as discussões e propor soluções sobre assuntos relacionados ao controle social de políticas públicas. Outro ponto muito esclarecedor do documento que regimenta o espaço é o capítulo das incumbências dos conselheiros, que nos revela as informações básicas de como deve ser a atuação deste ator dentro desta arena, incluindo as prescrições e proibições de conduta. Por último o documento supracitado nos informa quanto a competência do CGI perante as Conferências locais de saúde, cuja ligação entre estes foi citada para contextualizar a origem deste conselho.

Enquanto competências deste conselho estão previstas doze ações descritas no seu regimento que abarcam desde a promoção da integração das instituições de saúde com equipamentos de outros setores, que é o diferencial deste espaço participativo, até a deliberação sobre propostas e normas básicas para operacionalização do sistema de saúde no território. Atua no acompanhamento, controle do planejamento das ações de saúde desenvolvidas pelo Projeto TEIAS na área da saúde, esta arena que descreve seu interesse em ter acesso às informações econômico-financeiras, orçamentárias, operacionais entre outras, com relação aos projetos que relacionados aos órgãos vinculados à saúde. Outra proposta dentro das suas competências é o fomento à participação e ao controle popular nas instâncias colegiadas em todas as áreas, o que inclui os espaços participativos das unidades de saúde.

O COLEGIADO GESTOR DA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA

Na sequência passaremos à descrição de outra arena de participação local localizada na Clínica da Família Victor Valla. No período da pesquisa de campo, passava por mudanças na gestão local, sendo que a atual gerente havia assumido há menos de 1

mês, conforme relato anterior. Considerando a necessidade de pesquisar sobre a trajetória do espaço do colegiado gestor existente, realizamos a entrevista com o gerente destituído e com a nova gerente recém empossada.

Na entrevista com o gerente destituído conseguimos descrever claramente a criação do colegiado gestor desta unidade, que se deu há quase dois anos, segundo o gerente com encontros semanais que depois passaram a frequência quinzenal. Não houve elaboração de um regimento interno do espaço, mas a equipe mobilizou o registro de algumas diretrizes, das quais não tivemos acesso neste estudo.

Esse espaço do colegiado foi composto inicialmente por representantes de cada equipe e os seus suplentes; mas, posteriormente com a justificativa de que a quantidade de membros estava muito grande, optou-se por ter um representante para cada categoria profissional, o que também na opinião do entrevistado, permitiu com mais facilidade a disseminação das discussões e deliberações do espaço, posto que, grande parte das categorias profissionais, exceto os agentes comunitários de saúde, reúnem-se com regularidade, em momentos de educação permanente, alguns com seus responsáveis técnicos. Este encontro poderia ser utilizado para desdobrar as discussões do colegiado e consensuar a opinião de cada categoria sobre o tema a ser debatido no colegiado gestor da unidade. Os profissionais participantes do colegiado foram escolhidos através de pactuações e ou sorteios entre cada categoria de profissional.

O colegiado gestor desta unidade, segundo o entrevistado, sempre foi aberto à participação da comunidade. Porém, não existe nenhuma organização desta participação, que acontece por demanda espontânea dos usuários ou indicações dos gestores e profissionais que identificam aqueles usuários articulados com os problemas da unidade e interessados em esclarecer os fatos. Segundo a descrição, somente foi notada a presença de

usuários no espaço em três encontros, sendo que, nestas ocasiões, a participação dos mesmos não foi valorizada pelo grupo de profissionais.

O COLEGIADO GESTOR DO CSE MANGUINHOS

O último espaço estudado a ser descrito foi o colegiado gestor do CSE Manguinhos, instituído no início da gestão do gerente entrevistado, este perdurou por alguns meses. Ficou claro na entrevista que a gestão fez um esforço em criar esse espaço de forma participativa, e objetivava discutir e deliberar sobre os processos de trabalho das sete Equipes de Saúde da Família. Em um primeiro contato, a atual gerência descartou até mesmo a possibilidade de participar deste estudo, justificando que o espaço do colegiado gestor estava inativo e que na sua opinião não poderia contribuir com a investigação. Porém, em um outro momento ficou claro para ambas as partes que a experiência de implementação e suas dificuldades também eram objetos deste estudo e que a descrição deste trajeto “tortuoso”, poderia falar muito das vivências de implantação de uma instância local de gestão participativa com intenções de permitir a participação da comunidade.

O Colegiado da CSE Manguinhos teve início em 2010, enquanto uma iniciativa da gerência que convidou os profissionais para a elaboração de um regimento e composição dos profissionais participantes deste espaço. Posteriormente, em encontros semanais, esse grupo recém formado, se reunia para discutir as questões da unidade e isso se repetiu em três ou quatro encontros. Segundo relato da gerência, a dissolução do espaço teve início com a saída de alguns profissionais, por conta das várias demandas em seu planejamento semanal. Outra questão citada refere-se a dificuldade em garantir a presença da gestão em todas as reuniões, que segundo o relato quando não estava presente o gerente da unidade, o

encontro do colegiado não acontecia e como o gerente tem uma agenda muito cheia, com diversos compromissos, esse fato aconteceu diversas vezes, o que intensificou o esvaziamento do espaço e posteriormente a sua dissolução. Na perspectiva da gestão, os profissionais de saúde, precisam se apropriar mais deste espaço, pois muitas vezes o que existe é uma postura passiva destes, frente a mobilização, condução e participação no colegiado.

Atualmente a gerência ressalta, que utiliza outras configurações de espaços de gestão participativa, com o objetivo de discutir e deliberar sobre os processos de trabalho das equipes e da unidade. E que o fato de não existir o espaço de colegiado gestor em sua unidade, não influencia na característica da sua gestão, sendo assim participativa e aberta à participação da comunidade.

A composição deste primeiro grupo participante do colegiado, incluía um representante de cada equipe, um representante da equipe de saúde bucal, um profissional da gerência e um dos administrativos da unidade. Cabe ressaltar, que na elaboração do espaço do colegiado estava prevista a inserção do usuário, o que não aconteceu, pois esperava-se que o espaço a priori tivesse a clara compreensão e adesão dos profissionais, para posteriormente inserir os representantes da comunidade. Existem outras formas de participação da comunidade na unidade citadas pelas gerência: a ouvidoria e as reuniões na comunidade para educação em saúde e explanação do novo modelo de atenção à saúde, são alguns exemplos.

O Quadro 5 abaixo explicita as principais características dos quatro espaços participativos em instâncias locais investigados, assim como as suas características semelhantes e diferenças.

Quadro 5 – Descrição da organização e composição dos espaços participativos locais.

CARACTERÍSTICAS	COLEGIADO GESTOR	COLEGIADO GESTOR	CONSELHO GESTOR	CONSELHO GESTOR INTERSECTORIAL - CGI
Característica da Unidade	CSE MANGUINHOS Unidade Tipo B (7 ESF)	CF VITOR VALLA Unidade Tipo A (6 ESF + 1 Equipe Consultório de Rua)	CSE GERMANO S. FARIA Unidade Básica de Saúde Tipo B + 7 ESF	Está ligado ao território “Manguinhos” e suas 2 unidades de saúde da família.
Tempo de Duração	Alguns Meses	3 Anos	3 Anos	3 Anos
Condição Atual	INATIVO	INATIVO	ATIVO	ATIVO
Composição	Um representante de cada categoria profissional + gerente + Um representante dos responsáveis Técnicos	12 Membros: Um representante para cada categoria profissional + um administrativo + Gerente* *Gerente ou algum representante da Gerência	12 Membros: 3 gestores, 3 Trabalhadores e 6 Representantes de áreas e segmentos da Comunidade.	48 Conselheiros somando titulares e suplentes: Gestores, Profissionais de Saúde, Profissionais da Educação, Assistência Social e Representantes de áreas e segmentos da comunidade.
Forma de escolha dos Representantes	Convite	Pactuação, sorteio ou escala entre os profissionais.	Eleição direta para os representantes da comunidade, profissionais de saúde e gestores serão atribuídos nas assembleias dos funcionários.	Todos representantes eleitos, exceto Gestores que foram Indicados.
Frequência das Reuniões ordinárias	Semanal	Quinzenal	Mensal	Mensal

Registro dos Encontros	Não tivemos acesso aos registros.	ATAS	ATAS	ATAS
Divulgação dos Registros	Não foi citada divulgação dos registros.	Livro à disposição da equipe e informe no ponto.	Digitalizadas e divulgadas no Quadro informativo da Unidade, em breve em meio eletrônico.	Impresso distribuído nas reuniões, via e-mail e no portal eletrônico.
Regimento	Não foi possível acessar ao regimento citado na Entrevista.	NÃO	SIM	SIM
Característica da Participação do usuário	Não conseguiu avançar para trazer o usuário. (SIC)	Aberto à participação do usuário.	Usuários participantes são conselheiros e suplentes eleitos para representar áreas da comunidade.	Usuários e participantes são conselheiros e suplentes eleitos para representar áreas da comunidade.
Adequa-se ao conceito de paridade na prática	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Frequência dos Usuários nas reuniões	Inexistente	Pequena (Apenas em 2 reuniões)	Grande/ Instável	Grande/ Instável
Caráter do espaço	Deliberativo	Deliberativo	Deliberativo	Deliberativo + Consultivo
Intersetorialidade	NÃO	NÃO	SIM	SIM (Em sua composição)

Nível de Atuação	Sua unidade de saúde e território de abrangência.	Sua unidade de saúde e território de abrangência.	Unidades de Saúde e todo o território.	também. Unidades de Saúde e todo o território.
Assuntos em Pauta	-	Predominância de assuntos administrativos e organização do processo de trabalho das equipes.	Problemas e dificuldades relacionadas ao território e organização do processo de trabalho mais adequado às necessidades de saúde da população.	Problemas e dificuldades relacionadas ao território e Unidades de Saúde da Família e organização dos processos de trabalho mais adequados às necessidades da população.

Fonte: Transcrição das entrevistas realizadas com seis gestores locais e os regimentos internos dos espaços participativos estudados em 2013.

5.2 - Conhecendo a concepção do gestor local quanto a participação da população nos colegiados locais.

AS ENTREVISTAS

Ao analisarmos o material obtido através das entrevistas com os gestores envolvidos na condução das instâncias locais de gestão participativa e participação popular, buscamos através de dois questionamentos, conhecer a concepção sobre participação popular através da perspectiva e vivência destes, em seus específicos cenários. Diante da leitura contínua e incessante das respostas dos seis atores entrevistados, podemos destacar alguns pontos convergentes, quando abordamos como se dá a participação da comunidade nos espaços colegiados locais e como deveria ser.

Para todas as descrições de como vêm acontecendo a participação do usuário nos cenários deste estudo, temos uma resposta unânime que refere a participação dos usuários enquanto um processo que se traduz em reclamações, muitas queixas de cunho individuais que geram demandas a serem resolvidas pelos profissionais presentes no colegiado. Para exemplificar, citamos a fala de um dos gestores entrevistados, um deles refere que

“(...)os usuários reclamações usavam o fórum com outro tom”.

Outro gestor diz: *“É um espaço que o tempo todo eles (se referindo aos usuários) estão se queixando, é um processo de queixas infundas”.*

Em todos os espaços estudados percebemos que em maior ou menor nível, essa era uma característica da participação popular descrita pelo gestor, o espaço era utilizado pelos usuários enquanto um local para expressarem suas críticas, sugestões, reclamações, denúncias e problemas pessoais.

Diante destas falas tão expressivas, criamos uma categoria denominada de **“Participação Popular Demandante”**, pois consideramos em nossa análise que essa é uma das representações da participação popular, na percepção do gestor que atua junto à comunidade nos espaços participativos locais.

Estudos realizados em espaços participativos de outras instâncias como os conselhos municipais trazem como achado, o mesmo fato encontrado. Tosi (2012) , como mecanismo de participação, investigou dentro da dinâmica de funcionamento dos conselhos como era aproveitamento das reuniões, assim ela refere que: “Além dessas discussões, o tempo das reuniões é ocupado por usuários e conselheiros da sociedade civil que apresentam reivindicações pontuais e pessoais, ou mesmo em benefício de outras pessoas.”⁵⁵

Outra representação da participação dos usuários em instâncias locais é a de que a presença dos usuários se justificava pela sua colaboração na discussão sobre o processo de trabalho das equipes e unidades de saúde. Sendo assim, corroboravam para que os serviços elaborassem programações e planejamentos da sua oferta, tendo em vista a necessidade declarada da comunidade. Alguns gestores colocaram em seus discursos que estão muito interessados em formatar a oferta dos seus serviços, de acordo com as demandas da população que habitam nos territórios que acompanham, uma característica do modelo de atenção à saúde, no qual atuam. Para essa representação de participação, incluímos a categoria: **“Participação Popular Adjutória”**, pois entendemos que para os gestores a presença dos representantes da comunidade colaboram para um planejamento mais efetivo e satisfatório, às necessidades do território acompanhado.

As demais formas de perceber a presença da comunidade, em arenas participativas locais citadas pelos entrevistados participantes deste estudo, são bem variadas e não se

repetem de forma a caracterizar categorias. Acreditamos que, cada vivência nestes espaços de características distintas influem para esse fato, pois os gestores que tem experiências positivas com a participação de usuários, citam que já visualizam a sua representatividade e legitimidade nestes espaços e que entendem os mesmos como multiplicadores para a comunidade. Outros entendem que essa participação ainda é foco de um aprendizado, pois apresenta-se confusa na ótica dos usuários que não sabem ainda o seu papel, as suas competências nos colegiados.

5.3 – Observando as arenas participativas locais ativas

Durante a fase do trabalho de campo, conseguimos estar presentes e observar efetivamente duas instâncias colegiadas de participação local, o Conselho gestor Intersetorial e o Conselho da CSE GSF. A Clínica da Família estava passando por mudança na gestão e apesar de realizarmos constante contato com o gerente destituído e a nova gerente empossada, não recebemos confirmação de nenhuma data para o encontro do colegiado gestor, ao final ficamos sabemos que seria realizada uma nova composição dos profissionais participantes para, posteriormente recomeçar com os encontros regulares. Já o CSE Manguinhos sinalizou desde o início que o colegiado estava inativo, a equipe na verdade se utiliza de outros espaços para realizar encontros que contemplem a gestão participativa e a participação da comunidade.

CONSELHO GESTOR INTERSETORIAL

Considerando as observações das reuniões do Conselho Gestor Intersectorial que são itinerantes, ressaltamos que as mesmas acontecem nas salas disponíveis da Instituição de Ensino a qual é vinculado, ou em espaços da comunidade e unidades de saúde. Quando iniciei o período de coleta de dados, realizei contato com a coordenadora do projeto e do conselho para ter acesso a agenda de encontros e locais das reuniões e durante o período em que acompanhei as reuniões deste espaço. Aconteceram quatro encontros, sendo dois extraordinários, pactuados e aprovados em plenária, diante da necessidade avaliada em conjunto.

Como o local dos próximos encontros era decidido no final da reunião, alguns conselheiros e demais participantes se queixavam, pois diversas vezes ficavam sem saber ao certo, onde seria a reunião. Assim que eu comecei a acompanhar este espaço, foi criado um website divulgando todas as informações deste conselho gestor, outro mecanismo de comunicação utilizado era o envio de e-mails com as atas das reuniões, as próximas datas e locais. Apesar de muito interessante, a utilização destas ferramentas revelava que grande parte do grupo não aderiu ao seu uso, tornando ineficazes seus objetivos.

Este conselho é voltado para o território e inclui participantes e representantes das duas unidades básicas existentes no mesmo. De uma forma geral, não percebi a presença dos gestores das unidades de saúde da família neste espaço participativo. Outra característica deste conselho é uma presença majoritária de conselheiros, suplentes e representantes do gênero feminino. Existem também conselheiros do gênero masculino da categoria dos profissionais de saúde, representantes de outros setores da comunidade, os quais participaram ativamente, porém não estiveram presentes em todos os encontros observados. É interessante destacar que no período observado, visualizamos que alguns

representantes da comunidade passaram todo o encontro calados, apáticos, sem expressar as suas opiniões, ao passo que existem pessoas chaves que se destacam por sua participação ativa em todos os encontros.

A primeira reunião em que acompanhei, aconteceu em uma sala da Instituição de Ensino a qual é vinculado esse conselho. Ao chegar no local, fui abordada por participantes que já ocupavam o espaço, e questionaram interessados na minha origem, expliquei que eu era mestranda e pesquisadora da temática da participação popular em unidades básicas de saúde. Fui convidada a sentar-me e fiquei aguardando na sala, onde todos os conselheiros e participantes presentes conversavam aguardando o início da reunião. Alguns demonstravam ansiedade em saber se o quórum estava completo e quantos ainda faltavam para completar o número ideal. Eles se interrogavam se haveria reunião naquele dia, posto que o último encontro deste conselho não aconteceu, justamente por falta de quórum. Alguns participantes mais agitados e preocupados com o horário dos encerramentos sempre estendidos, queriam dar início a reunião pelo menos adiantando os informes, em contrapartida outros eram a favor de aguardar o quórum completo para começar. E por diversas vezes, se ouvia o seguinte questionamento na sala:

“A gente já tem quórum para começar? Podemos ir começando a reunião?”

Após um relevante atraso, em torno de cinquenta minutos do horário de início da reunião, o quórum fechou o número adequado de conselheiros e suplentes presentes e previstos no regimento do conselho. Desta maneira, iniciou-se a reunião, e uma representação da Coordenação do Projeto Teias fez questão de me apresentar a plenária. Ela explicitou o motivo e os objetivos da minha presença acompanhando e observando as reuniões do conselho. Neste momento, uma das conselheiras presentes solicitou a palavra e exaltada afirmou que se sentia muito mal com o frequente e grande trânsito de estagiários,

residentes e pesquisadores nos espaços das unidades. E que não conseguia perceber nos mesmos, um comprometimento em retornar os resultados ao serviço e sendo assim, não conseguia ver benefícios nesta participação acadêmica no serviço.

Então, uma reação em cadeia se ascendeu. Outros conselheiros pediram a oportunidade de falar e expressaram concordar com a fala anterior, acrescentando os aspectos éticos e legais das pesquisas. Foi quando, a representante da coordenação pediu a fala e explicamos que o meu projeto cumpriu rigorosamente com todos os trâmites éticos legais, exigidos para a realização de pesquisa com a participação de seres humanos. Enquanto pesquisadora concordei parcialmente com as falas e me comprometi com os presentes em apresentar os resultados do meu projeto, em devolutiva ao serviço que autorizou e acolheu o meu trabalho.

A reunião seguiu com a sua pauta de rotina, o que naquele dia incluía uma apresentação de gestores da unidade de pronto atendimento do território, a avaliação de dois grupos de trabalho criados através de demandas do próprio conselho e por último a pauta de elencar as prioridades a serem discutidas. Depois da explanação da pauta, o encontro transcorreu com os informes que versavam sobre o fórum do território, atividades culturais na comunidade, a participação de um conselheiro profissional de saúde nas atividades de formação e elaboração do material educativo para os policiais da Unidade de Polícia Pacificadora e o andamento do Programa Saúde na Escola.

Posteriormente, o grupo resgatou um pouco da trajetória que demandou a criação de dois grupos de trabalho, que seguem em paralelo ao conselho, um com objetivo de discutir e propor revisões ao regimento interno do conselho e outro para abordar a relação comunitária com as escolas. Ambos foram criados no mês de dezembro, do ano de 2012, e são compostos por conselheiros, suplentes e apoiadores que tenham disponibilidade e

interesse em se reunir para discutir a temática e elaborar material a ser utilizado e apreciado nos encontros ordinários do conselho. Os grupos de trabalhos são compreendidos como grupos para o desenvolvimento de um processo de estudo, acerca de temáticas demandadas, sendo que este grupo não tomaria nenhuma decisão, ou seja, não deliberaria nada.

Pelos relatos, percebi que o grupo de trabalho formado para abordar a temática da relação da comunidade e a escola, não conseguiu se reunir e portanto não trouxe nenhum produto a ser discutido. Já o grupo de trabalho formado para revisar o regimento interno do conselho, conseguiu se reunir em diversas ocasiões e discutiram todo o capítulo 1 (hum), incluindo as competências dos conselheiros. O material elaborado pelo grupo foi apresentado na presente reunião, porém a representante da coordenação, destacou que nada poderia ser pactuado, pois a deliberação dos aspectos referentes ao regimento, dependem da realização de mais uma conferência local, por que o regimento interno e o próprio conselho foram construídos em uma conferência local.

É interessante ressaltar que este grupo de trabalho de revisão do regimento surgiu da demanda do próprio conselho, que identificou um elevado absenteísmo dos conselheiros e suplentes nas reuniões, o que impedia as deliberações e, em algumas situações até mesmo o acontecimento das reuniões por falta do quórum necessário. Muitos afirmavam que a redução do número exigido para quórum no regimento seria a solução. Outros questionavam a organização utilizada para eleger a participação da comunidade, que atualmente era dividida por representantes de segmentos pois entendiam que a divisão por representantes de cada território da comunidade seria mais efetiva. Enfim, o tema tinha forte apelo nos presentes que demonstravam empenho em trazer ideias que pudessem combater o absenteísmo e consequente impossibilidade da realização das reuniões.

Assim, os componentes deste grupo de trabalho, conduziram a discussão trazendo o material elaborado, a saber: alguns vídeos sobre a participação popular em instâncias distritais e municipais e um documento síntese do regimento interno atual. Este documento explicitava um pouco do que o conselho gestor Intersetorial faz e as competências dos representantes conselheiros que atuam neste espaço. Durante esta apresentação, alguns conselheiros questionaram o verbo “criar” utilizado para definir uma das competências dos conselheiros. E como exemplo, a conselheira que questiona, colocou uma situação atual, ou seja, ela questionou os presentes com a frase a seguir e pediu para refletirem sobre:

“Até onde podemos ir na revisão do regimento?”.

Então, a mesma concluiu contestando que a palavra “Criar” não pertence aos conselheiros. Alguns apoiadores e profissionais de saúde presentes argumentam que a função deliberativa do conselho é muito importante, utilizam a frase:

“É a chave mesmo de um conselho que realiza um trabalho coletivo de colaboração entre a comunidade e as instituições”.

E um conselheiro morador replica dizendo: *“Não é isso que acontece, pois até hoje não conseguimos um centro de atenção psicossocial para a nossa comunidade e não se resolveu nada até agora”.*

Foi quando o apoiador e profissional de saúde referiu que todos precisavam conhecer mais o modelo de um conselho gestor e o novo modelo de atenção à saúde, a Estratégia de Saúde de Família. Mas, o conselheiro morador da comunidade, novamente replicou dizendo:

“Retira a Estratégia e deixa a família”.

O apoiador utilizando a frase descrita a seguir tentou explicar que os conselheiros precisam compreender melhor, para exercerem adequadamente as suas competências. Então ele diz que:

“Existem ferramentas que podem ser utilizadas para aproximar as políticas públicas da necessidades identificadas nas realidades locais, deste modo tornando-as mais efetivas”. E finalizando o debate o conselheiro morador, indagou:

“Ferramentas ou Ferraduras?”

No momento em que são citadas as competências dos conselheiros, surgiram na plenária questionamentos embasados nas vivências, que contrapõem a teoria apresentada, sendo que este momento também foi utilizado pelos presentes para reivindicar suas competências. Como por exemplo, explanar que os conselheiros são convocados por suas competências a “fiscalizar” traz à memória do grupo que o conselho deseja saber:

Quais os contratos privados que o Projeto de Saúde do seu território tem? É possível ter acesso ao relatório de prestação de contas destes projetos privados? É possível ter acesso ao plano de trabalho e o contrato dos agentes comunitários de saúde junto a Prefeitura do município?

Neste processo pude perceber, que os conselheiros representantes da comunidade, se colocam com questões “caras” relacionadas às suas vivências e que como um mesmo declarou, acabam por viver um dilema entre defender questões, demandas de atendimentos em geral versus projetos maiores. E neste contexto em que se colocam, fiquei com a impressão de que suas contestações eram por diversas vezes legítimas e apesar de não compreenderem o modelo de atenção à saúde escolhido pelo município e o que amplamente era a Estratégia de Saúde da Família, apesar disso, os representantes da comunidade se

colocavam com questões de grande relevância, quer sejam de cunho pessoal, quer sejam em projetos maiores.

E pensando no embate descrito anteriormente entre um conselheiro representante da comunidade e um representante dos profissionais de saúde, no qual a maior parte dos questionamentos daquele foi rebatido por este, com a justificativa da falta de conhecimento, entendo esse episódio, como uma crise de interpretação, que foi muito bem abordada por Victor Valla (1996), quando refere que a maior dificuldade para os profissionais de saúde/mediadores compreenderem, com relação aos contatos que desenvolvem com a comunidade, é que a cultura popular é, na realidade, uma teoria imediata, isto é, um conhecimento acumulado e sistematizado que interpreta e explica a realidade.³⁵ Então, pude perceber que naquele momento, muito mais importante do que explanar conhecimento de modelos teóricos, o desafio colocado, era encontrar saídas e soluções para o modelo real, vivido no cotidiano, distante do conhecimento teórico e das políticas, mas rico em demandas e necessidades legítimas, uma realidade de conhecimento popular acumulado por quem está pensando na sua realidade repleta de dificuldades e problemas cujo o nosso sistema de saúde ainda apresenta.

A reunião teve prosseguimento com o fechamento desta discussão de revisão do regimento. As seguintes conclusões foram colocadas: primeiramente era preciso fomentar a participação no conselho gestor e posteriormente acumular esforços de todos que eram parceiros de um mesmo desafio voltado ao aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido neste espaço. Esta discussão tomou tanto tempo da reunião, que houve votação para decidir se a unidade de pronto atendimento realizaria a sua apresentação naquele dia ou não. Diante da escolha da maioria, o encontro se estendeu no horário de término e foi feita a apresentação da unidade de urgência e emergência, que é atualmente um grande alvo de críticas no

território. Com uma fala sucinta os representantes da unidade discorrem sobre as suas principais estatísticas de atendimentos, destacando as suas dificuldades atuais com a deficiência de recursos humanos, médicos principalmente, e anunciam mudanças no fluxo de atendimento, posto que atualmente há uma discussão interna de planejamento que considera o grande aumento da demanda enquanto um fator que solicitam revisões na organização atual do serviço.

Diante deste outro tema, com apelo maior ou igual ao abordado anteriormente, os conselheiros, principalmente os representantes da comunidade, iniciam uma enxurrada de reivindicações originadas em sua grande parte de casos pessoais, envolvendo denúncias de falta de atendimentos, entre outros casos. Neste momento, as questões pessoais imperam e em contrapartida entendi que a apresentação realizada pela unidade, subestimou o poder de compreensão da plenária, trazendo de forma muito resumida números em gráficos crescentes, que mais uma vez não conseguiram conversar com a realidade acumulada pelos representantes da comunidade que utilizam o serviço.

SOBRE A SEGUNDA REUNIÃO

A segunda reunião em que participei aconteceu em um auditório de uma das unidades de Saúde da Família do território. Este encontro se deu após o encerramento de um processo eleitoral, na Instituição de ensino vinculada às unidades de saúde do território. Para contextualizar, o diretor eleito desta instituição de ensino tinha governabilidade diante dos projetos e contratos privados que hoje sustentam as unidades, desta maneira, mudanças na direção da instituição de ensino, reverberam em todo o território. Cientes deste contexto, o assunto na sala antes de iniciar a reunião não poderia ser outro se não o novo diretor

eleito que era componente da chapa opositora e trazia várias críticas à gestão atual e como de costume diversas promessas de mudanças.

Esta segunda reunião tratava-se de um encontro extraordinário, agendado com o objetivo de discutir os possíveis desdobramentos do grupo de trabalho que analisou a revisão do regimento e trouxe para conduzir a discussão um diagrama esquemático do modelo de gestão, explicitando todos as formas e espaços participativos existentes neste território. No transcorrer da explanação, diante do discurso de que o agente comunitário e o seu trabalho no território eram considerados como o primeiro espaço de participação na comunidade, um grande eco foi ouvido na plenária que se colocou de diversas formas, a favor e contra a essa afirmação. Profissionais de saúde, agentes comunitários presentes na reunião se colocaram em seus anseios e diversidades enfrentados em um cotidiano de desvalorização, na tentativa de defesa frente as indagações da sua categoria não estar desempenhando as suas competências.

De repente, a discussão toma outros rumos e em defesa da categoria dos agentes comunitários, iniciam-se falas e pleitos na reivindicação de melhores condições de trabalho e salários. Outro ponto que merece destaque nesta reunião foi a surpresa dos representantes em saber que os colegiados gestores das unidades de saúde eram espaços de participação da comunidade. A maioria dos presentes questionou a informação, de modo a certificar-se se realmente estes espaços das unidades estavam funcionando.

Tendo em vista as solicitações de prestações de contas do projeto privado na área da saúde existente no território, a coordenadora do projeto que também é mediadora do conselho, nesta terceira reunião realizou a apresentação de um relatório de gestão deste projeto, nestes últimos três anos. Segundo os participantes do conselho, esta pauta foi adiada por um tempo e quando abordado, o assunto foi tratado de forma muito superficial.

Neste encontro, também foram feitos informes e uma abordagem do andamento do grupo de revisão do regimento, enquanto pautas em paralelo.

A prestação de contas do Projeto TEIAS, que inclui o custeio das unidades de saúde da família e outros projetos no território, se deu sem muitos detalhes, a todo tempo a plenária era instigada a consultar os pormenores do projeto no website, recentemente criado para esse conselho. Desta forma, as interrupções foram escassas e tudo transcorreu sem muitos impasses. O planejamento das ações e as atividades que foram executadas no período foram explicitada na reunião e o conjunto de conselheiros, suplentes e representantes presentes puderam sugerir e criticar ações desenvolvidas, interpelando para que estas sejam cada vez mais condizente com a necessidade da comunidade. Um exemplo, foi a apresentação das atividades voltadas para o estímulo a prática de exercício físico oferecidas em uma academia dentro da comunidade, no período de segunda à sexta no horário comercial. Logo que se findou a citação desta ação, uma conselheira representante da comunidade referiu que essas atividades eram inacessíveis para ela e outros moradores que trabalham de segunda à sexta, no horário comercial. A mesma sugeriu a criação de atividades aos sábados e no horário estendido nos dias da semana.

Ao final da apresentação a coordenadora do Projeto TEIAS na área da saúde, anunciou que a devido a mudança na direção da instituição do ensino, recentemente eleita e empossada e por seu cargo ser de confiança, a mesma estaria se desvinculando destas atividades e a chefia da unidade CSE GSF estaria assumindo as suas funções.

O CONSELHO GESTOR DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL

Durante o período de coleta de dados deste estudo, foi possível acompanhar presencialmente observando a realização de duas reuniões de outro espaço, o Conselho Gestor do Centro de Saúde Escola Germano Sinval. Apesar de me apresentar nesta unidade, munida de autorização da coordenação e parecer favorável do Centro de Estudos Institucional, ainda assim, fui orientada a cumprir com outros requisitos frente ao comitê de estudos dessa unidade, o que me tomou um tempo que segundo o meu calendário já estava destinado a coleta de dados.

Não houve nenhum encontro extraordinário neste conselho, durante os três meses em que acompanhei as reuniões. Os encontros acontecem em um auditório da própria unidade, onde pude encontrar em um quadro de informes na área administrativa, o calendário das reuniões e um folder divulgando o espaço participativo. Sendo assim, enquanto pesquisadora não precisei de muito esforço, para ficar sabendo a agenda das reuniões e me programar para participar.

Pude observar dois encontros deste espaço de participação e como eu já havia participado de um encontro do Conselho Gestor Intersetorial, percebi que alguns representantes da comunidade, conselheiros e suplentes, eram o mesmo em ambos espaços, inclusive me reconheceram e já entendiam o que eu estava fazendo ali. Um depoente também relata tal fato em sua entrevista, quando diz:

“Mas, o que acontece é que tem muita coincidência, muito dos nossos conselheiros também são conselheiros do outro conselho (...)”.

Não observei a participação dos gestores locais e dos profissionais das unidades de saúde da família presentes nesse território. Perante a Secretaria Municipal de Saúde, trata-se de uma Unidade Classificada como Tipo B, onde coexistem equipes que atuam no

modelo tradicional e outras na modalidade da Estratégia Saúde da Família, que dividem mesmo espaço físico, como ressaltado anteriormente. Ainda assim, fiquei com a impressão de que muitos profissionais, gestores e usuário entendem este cenário como sendo duas unidades distintas: o CSE GSF e o CSE Manguinhos com as equipes de Saúde da Família.

Em um dos encontros que acompanhei, cheguei cedo e fiquei na sala aguardando iniciou, os presentes que já ocupavam o local eram conselheiros e suplentes, alguns da comunidade que conversavam sobre os problemas cotidianos enfrentados ao tentarem atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento do bairro. Após cinquenta minutos do horário estabelecido para início, ainda faltava um representante para completar o quórum definido para deliberações no espaço. Com a chegada da gestora local e mesmo faltando completar o quórum, deu-se início a reunião com a abordagem de uma pauta de tema consultiva, a saber a revisão de uma lista de representantes da comunidade e os seus dados.

O tema central deste encontro foi a eleição para a composição de um novo grupo de conselheiros e suplentes deste Conselho, de acordo como o regimento que prevê a mandato dos membros de dois anos de duração. A sugestão é divulgar o espaço do conselho e seus objetivos, nos diversos equipamentos sociais da comunidade e buscar nesse processo novos atores interessados em participar do conselho e atuar como conselheiros e suplentes representantes de áreas específicas da comunidade. Porém, ficou perceptível uma dificuldade na divisão de tarefas para o agendamento dessas visitas às escolas, associações, capelas, igrejas, fóruns, ONGS e outros projetos sociais. O que pude notar é que alguns poucos conselheiros se disponibilizaram em visitar diversos locais que referiam conhecer, em detrimento da grande maioria que não se colocou para compor a agenda de visitas e referia não conhecer os espaços/ equipamentos do território. Profissionais de saúde

conselheiros também se ofereceram para ajuda nas visitas e ao final aprovou-se um cronograma para as visitas e divulgação do processo eleitoral de conselheiros e suplentes do Conselho do CSE GSF. Para tanto, pactuaram a elaboração de um folder de divulgação com as datas e regras de todo o processo, esse material deveria ficar pronto para ser aprovado na próxima reunião ordinária.

É interessante destacar que durante a discussão da elaboração do folder, o grupo reunido deliberou sobre diversos aspectos da eleição. Desde o calendário, período de inscrição dos candidatos, se a eleição será realizada na unidade ou na comunidade com urnas volantes, se mantém a divisão de representantes da comunidade por segmentos como o atual, entre outras discussões. Alguns conselheiros representantes da comunidade sugerem novo formato de representações por comunidade, sendo 13 comunidades e 13 conselheiros. Mas a gestora interfere alegando que existe um regimento em vigor que exige a escolha de representantes de segmentos previamente estabelecidos e a discussão tem seu fim.

Outros assuntos abordados nesta reunião foram os preparativos e mudanças na comunidade para a visita do Papa da Igreja Católica, uma breve divulgação sobre um estudo realizado na comunidade sobre o solo da comunidade e a promessa do governo em construir conjuntos habitacionais.

5.4 – Os documentos dos espaços participativos pesquisados.

Durante a fase de coleta de dados solicitamos aos gestores e responsáveis pelos conselhos e colegiados o acesso aos documentos como regimentos e atas das reuniões. Quanto ao regimento conseguimos obter esse documento em dois espaços, justamente os conselhos pesquisados, sendo que esse arcabouço auxiliou muito este estudo na descrição

dos espaços participativos e portanto já foram explorados e citados no capítulo respectivo. Em relação a obtenção do registro das reuniões, foi possível acessar o histórico de atas dos dois conselhos investigados e no colegiado da Clínica da Família.

Ao realizarmos a leitura desses documentos, buscamos destacar a frequência dos usuários nos encontros e a sua postura diante das discussões, assim como a postura dos gestores e o caráter das discussões, ou seja, os temas mais abordados e a finalidade de discutir tal assunto com aquela plenária. Essas questões citadas compõem o Roteiro de Análise Documental (Apêndice III), elaborado para direcionar a análise destas Atas, visando o mínimo de exposição de casos e temáticas específicas, uma vez que esta foi uma das preocupações verbalizadas por alguns gestores e profissionais de saúde que forneceram o material para análise.

CONSELHO GESTOR DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA

Em relação ao conselho do centro de saúde, coletamos os registros das reuniões que datavam de abril de 2011 à Abril de 2012, onde observando a relação dos representantes da comunidade nas reuniões, foi possível avaliar sua frequência. Assim, percebemos que em todos os documentos analisados, o menor número de participantes usuários presentes em uma reunião foi de dois representantes da comunidade. Cabe ressaltar, que a frequência dos conselheiros e suplentes foi um dos temas debatidos pela plenária deste conselho, pois a situação vivenciada envolvia ausências sem justificativa dos conselheiros e suplentes dos vários segmentos e até mesmo um caso de suplente que nunca chegou a assumir. Como esta

situação não estava prevista em regimento, foi preciso trazer a discussão sobre de que forma seria substituído o suplente, se por indicação ou por votação direta da comunidade.

O componente frequência das representações nas reuniões dos espaços colegiados é muito abordado na literatura e pesquisas produzidas atualmente. Sabemos que diversos motivos implicam na queda vertiginosa do número de representantes presentes em um conselho, em destaque a representação popular e quando esta avalia que o espaço deixa de ser resolutivo, entre outras questões, os participantes acabam por se afastar e rompem o vínculo construído.

Quanto as características da participação dos representantes vinculados a comunidade, os documentos analisados demonstram que o diferencial de sua existência na composição de um espaço colegiado está ligado a potencialidade que os mesmos possuem em descrever as situações vividas no contexto dos territórios em que moram, auxiliando no processo de discussão para elaboração projetos, propostas e ações de saúde.

Notamos que o apoio da comunidade nesta arena foi muito importante para ordenação dos temas a serem debatidos na plenária, como exemplo podemos citar uma proposta de alteração na forma de organização do serviço de laboratório oferecido, sendo este um tema presente em diversas reuniões do grupo, e que foi pleiteado pela própria comunidade, visando adequar a ação em saúde com a necessidade da população atendida.

Identificamos nos documentos desde dificuldades pessoais de acesso aos serviços de saúde locais, casos e situações graves existentes na comunidade que os profissionais de saúde desconheciam, até críticas pessoais à forma de organização dos serviços de saúde, estas muitas vezes, relacionadas a reordenação do modelo de atenção à saúde, recentemente expandido no município estudado, a saber a Estratégia de Saúde da Família.

O cenário deste conselho expressa bem essa questão, pois como já citamos anteriormente, trata-se de um conselho dentro de centro de saúde escola composto por profissionais generalistas e especialistas em contrapartida as outras duas unidades básicas presentes no território com apenas profissionais generalistas, especialistas apenas em medicina da família. Entendemos que estes e outros pormenores, dificultam ainda mais o entendimento da população dos novos conceitos como a atenção primária, enquanto a porta de entrada do sistema entre outros.

Dentro desse contexto das demandas da população trazidas ao conselho foi muito ilustrativo ler em uma das atas que os próprios representantes da comunidade trouxeram a preocupação com o aumento do número de casos de tuberculose e hepatite, entre os seus vizinhos, parentes e amigos moradores da comunidade. E neste encontro, os usuários puderam pontuar as condições da comunidade e problemas prioritários, em uma fala marcante de um representante da comunidade, percebemos que os mesmo possuem domínio sobre o território, o qual representam, quando falam:

“São muitas lideranças, muitas associações, muitas organizações não governamentais, muitas representações, mas o morador é que vive”.

Cabe destacar que essa era também uma preocupação partilhada pelos gestores e profissionais de saúde presentes no encontro, que buscaram soluções para as dificuldades vivenciadas principalmente no acompanhamento e tratamento dos casos de tuberculose e o seu alto índice de abandono.

Enquanto temas discutidos neste espaço, encontramos nas primeiras atas, registros de que muitos aspectos da organização e dinâmica de funcionamento desse conselho foram debatidos e deliberados em plenária. Dúvidas como:

Qual era o papel do conselho? Qual era a sua autonomia perante outros serviços de saúde presentes do território?

Estas e outras questões estavam presentes como esclarecimentos e pactuações iniciais desta arena.

Seguindo com o caráter das discussões, citamos o aspecto informativo como um dos temas presentes em todas as reuniões, a divulgação da organização dos serviços de saúde, espaços de discussão no território, cursos, eventos, equipamentos e novos projetos da comunidade foram pautas garantidas em todos os encontros, de forma a aproveitar o potencial socializador desta arena, na disseminação de informações para a unidade de saúde e para a comunidade, através da divulgação dos seus representantes. Também estiveram presentes debates de cunho consultivo, ou seja, temáticas e propostas foram trazidas à plenária, com objetivo de consultar os representantes, de forma a garantir que o conselho fosse um espaço ativo de apoio na modelagem adequada dos serviços ofertados à população.

A medida que as deliberações eram executadas, o conselho era atualizado, tomando ciência do possível avançar, retroceder ou estagnação destas ações. Nesse momento, percebemos que alguns assuntos já discutidos, quando abordado o seu andamento, retornavam para a discussão e algumas vezes se enxergavam novos caminhos para soluções. Ou até mesmo, tornava-se nítido que mesmo diante do avançar do grupo em deliberações, ainda permaneciam dúvidas e por vezes dificuldades de entendimento, por parte de alguns representantes, principalmente da população, que aproveitavam para colocar as suas insatisfações, retomando o debate do mesmo assunto na plenária. Ressaltamos que a necessidade de ofertar um maior conhecimento aos conselheiros e

suplentes deste conselho, esteve presente em diversos encontros, através da discussão da viabilização de um curso de capacitação para conselheiros.

A elaboração do curso, a carga horária, formato, pré-requisitos, instituição ofertante e recursos a serem utilizados foram pautas presentes desde a primeira reunião, que contou com a participação de todos os integrantes do conselho demonstrando grande interesse em receber esclarecimentos sobre as atribuições e papel do conselheiro e como este pode ser um representante atuante em um espaço participativo colegiado.

Após a realização desta capacitação, o curso ainda manteve-se presente nas discussões do conselho, que abordava as críticas e elogios por parte de quem participou e de quem não participou, por não ter os pré-requisitos de escolaridade exigidos. O papel do gestor e sua postura perante as discussões neste conselho foram analisadas também segundo os registros em atas, sendo possível constatar que este esteve presente em grande parte dos encontros, ou manteve representações que o substituíram em suas escassas ausências. Sua função principal na arena investigada, foi a de conduzir os encontros, moderando as discussões propositivamente, oportunizando em diversos momentos que os esclarecimentos dos presentes, fossem como temas de educação permanente e educação popular.

Percebemos que algumas queixas e reclamações trazidas ao conselho eram sanadas somente com a demonstração da lógica de organização dos serviços de saúde e sua importância para o alcance de uma maior qualidade na atenção à saúde da comunidade. Visualizamos que esses momentos eram muito ilustrativos para os representantes da comunidade, que recebiam respostas teóricas para uma queixa real, justificativas que em alguns casos acabavam por não satisfazer o anseio de ter uma solução imediata, mediata por aquele a quem eles achavam que podia resolver “todos os problemas”, a saber, o gestor.

Durante a leitura da atas, em algumas reuniões notamos o aprazamento da abordagem da fiscalização orçamentária, enquanto pauta proposta para os próximos encontros. Ao verificar no registro da reunião subsequente, constatamos que a pauta supracitada não era contemplada. Em um trecho encontramos uma justificativa que perpassava pela dificuldade e preocupação vivenciada pelo gestor, em transformar as informações orçamentárias em um material acessível, para a compreensão de todos. Assim sendo, o assunto ficava para a próxima reunião.

CONSELHO GESTOR INTERSETORIAL

Abordaremos agora a descrição das atas do Conselho Intersetorial, a partir dos registros de dezesseis encontros, que datam de dezembro de 2012 à fevereiro de 2013. Este espaço participativo agrega muitas semelhanças com o conselho anteriormente citado, como a dinâmica de funcionamento e alguns assuntos abordados nas reuniões. Refletindo sobre tal fato, pensamos que uma possível causa para esse comportamento congênere, poderia estar relacionado ao fato de que alguns participantes do segmento dos gestores, profissionais de saúde e representantes da comunidade são os mesmos, em ambos conselhos. Uma pesquisa realizada sobre o perfil dos conselheiros, demonstrou que nestas instâncias a situação é parecida com o que foi evidenciado nos conselhos locais estudados, segundo o relatório final sobre o perfil e atuação dos conselheiros nacionais: “Mais uma vez, é interessante observar que, mesmo de forma pouco acentuada, os representantes da sociedade civil são os que, proporcionalmente, mais atuam em mais de um conselho ao mesmo tempo.” (IPEA, 2013). Esse estudo revela também algumas interpretações para tal fato:

“A participação em mais de um conselho pode ser interpretada de duas maneiras que são, ao mesmo tempo, distintas e complementares. Por um lado, seria possível supor que as instituições participativas não alcançam o almejado objetivo de inclusão de um conjunto diverso de atores, uma vez que parcela significativa dos conselheiros é a mesma em alguns conselhos. Por outro lado, poder-se-ia interpretar que esta participação em mais de uma arena trata-se, na verdade, de um aspecto da própria atividade, que requer uma aprendizagem ao longo do tempo e um acúmulo de *expertise* tanto em relação à atividade participativa quanto ao tema em discussão nos conselhos.”⁵⁶

No caso das instituições participativas estudadas, identificamos que apesar de existirem diferenças quanto ao nível de atuação e as características dos respectivos conselhos, os representantes da comunidade se comportavam de maneira bem semelhante em ambos os espaços. O que nos remete a um exercício mesmo, como referido no documento supracitado, ou seja, uma aprendizagem com relação a participação popular, somada em nosso caso, a um diagnóstico de que esses indivíduos já possuem legitimidade de serem representantes em espaços participativos, posto que demonstram perceptível contato e domínio com a comunidade onde vivem e com os moradores, que são seus representados, além de interesse prévio em ‘participar’.

Outras similaridades foram encontradas, nos regimentos destes dois espaços participativos: A forma como foi composta a representação de usuários moradores, em grupos e segmentos, apresenta semelhança de ambos os casos, com a recente Resolução de Número 453, publicada no ano de 2012, que define o funcionamento dos conselhos. No seu capítulo de organização dos conselhos, o documento apresenta as representações e segmentos que devem existir para a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais; Dentre o escopo relacionado estão “as associações de pessoas com patologias, associações de pessoas com deficiências, movimentos sociais e populares organizados

(movimento negro, LGBT...), movimentos organizados de mulheres, em saúde, organizações religiosas;” Tal como na composição dos conselhos investigados.¹

Segundo Neto (2012), as representações política dos usuários estão subdivididas em duas grandes categorias: a representação distrital e a representação específica, esta que contempla os sindicatos, associações dos diversos segmentos, confederações entre outras. A discussão sobre se ter uma em detrimento da outra, no contexto dos conselhos estudados, esteve presente neste estudo.¹⁷

Em contrapartida, ficam nítidas algumas distinções como o conselho Intersetorial, que foi criado com o objetivo de promover discussões a nível de todo o território de Manguinhos e não somente na instância das unidades. Neste ponto, destacamos como aspecto positivo o fato também abordado na resolução supracitada, de que o processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento dos conselhos em instâncias, como as regionais, locais, nos distritos de saúde entre outras¹. Porém, o que percebemos, no contexto dos conselhos estudados, foi a dificuldade de integração entre as arenas locais, e destas com o conselho distrital de referência.

Existe uma grande imprecisão quanto a descrição da atuação prática de cada instância colegiada citada, esta situação é capaz de gerar ruídos que fomentam a descaracterização destes espaços locais, percebemos que este fato produziu no cenário estudado interpretações de que eram espaços competitivos, na concepção dos conselhos localizados em instâncias superiores.

Outra diferença que se destaca é a participação de outros setores além da saúde no conselho intersetorial, pois este espaço foi pensado enquanto uma arena de discussões das questões da saúde, com base no seu conceito ampliado, considerando os seus determinantes e condicionantes, citados na Lei orgânica 8.080 de 1990.²² Para tanto, era necessário o

envolvimento de outros setores, visando contemplar neste espaço discussões quanto aos melhores níveis de saúde daquela comunidade. Assim, compreendemos que esse conselho Intersetorial foi pensado enquanto uma arena mais potente para discussões, pois relacionaria todas as unidades de saúde e demais setores, em debates à nível do território estudado e atendendo aos preceitos legais, para a composição de um espaço colegiado.

Seguindo com as informações obtidas através da análise dos registros das reuniões do conselho Intersetorial pesquisado, notamos que entre todos os encontros, o maior número de representante populares presentes foi de quatorze e o menor foi de cinco. É interessante perceber que essa redução se acentua nos últimos cinco meses analisados, a partir da décima reunião.

Na oitava reunião, apesar de ter contado com uma razoável presença dos representantes da comunidade, atentamos que pela primeira vez nos registros, ocorreu uma reclamação do grupo quanto ao atraso no início da reunião, por falta de quórum. Este fato se repetiu diversas vezes, ganhando o seu ápice com uma solicitação da plenária para a discussão do quórum mínimo e horários estendidos do término das reuniões.

Ao ler com atenção os registros, percebemos que o grupo estaria intencionado a alterar o número mínimo do quórum, visando evitar atrasos no início dos encontros e o subsequente término muito além do horário previamente estabelecido. Assim, durante a abordagem dessa temática, os moderadores do espaço colocaram a preocupação de que o quórum é uma “regra” definida no regimento deste conselho e para alterá-la, era necessário uma revisão do regimento. Para tanto, foi estabelecido entre os presentes um “GT”, ou seja, um grupo de trabalho para revisão do regimento interno do conselho Intersetorial, de maneira que este grupo se reuniria entre as reuniões ordinárias do conselho, para discutir o regimento e elaborar um material a ser apresentado para plenária, com intuito de dinamizar

e embasar as discussões, com destaque de que toda e qualquer deliberação seria feita somente por meio de debate junto a plenária nas reuniões do conselho.

Neste contexto, presenciamos que em vários encontros este foi um assunto presente, não somente com relação ao quórum, mas o regimento foi amplamente debatido em seus vários aspectos, com ênfase nas funções dos conselheiros e suplentes e a divisão previamente estabelecida para composição dos representantes da comunidade. Entretanto até o fechamento deste estudo, não foram observadas deliberações do grupo, no que se refere às possíveis alterações do regimento interno, no estabelecimento do quórum ou nos requisitos para a composição das representações comunitárias.

Quanto as características dos usuários participantes da comunidade, não encontramos diferenças em relação ao conselho anteriormente citado. Logo, o comportamento dos usuários foram similares, apresentando-se como demandantes, apoio potente na elaboração de propostas, conforme o conhecimento que possuíam das necessidades e características do local em que vivem, bem como disseminadores de informações para o território, de acordo como o descrito no conselho do centro de saúde. Uma questão ainda não contemplada, sobre o usuário participante do conselho, é sua organização e divisão em segmentos para composição do espaço e a sua equivalência na prática.

A população participa dos conselhos estudados através de uma divisão por segmentos, que representam grupos de patologias, população em minorias, gênero, faixas etárias entre outros. Neste desenho característico, conseguimos delinear algumas potencialidades e dificuldades. Como potencialidades ponderamos que em alguns casos, de fato a representação era exercida na prática, um exemplo disto, também endossado pelo gestor foi a representação dos jovens que durante as reuniões conseguiam trazer, falar e

abordar as questões relacionadas ao seu segmento, utilizando a sua articulação e representatividade perante a comunidade para promover o retorno das informações para a população jovem. No entanto, quando este movimento de articulação do representante com a comunidade não acontecia, diminuía a potencialidade do desenho de representação comunitária escolhido para composição dos conselhos.

Em diversos casos, durante a leitura dos registros notamos essa dificuldade, enquanto peculiaridade do grupo de usuários participantes dos espaços colegiados, pois a maioria não possuía articulação formal com o segmento representado, ou seja, os representantes das patologias crônicas não eram engajados em grupos, associações ou qualquer articulação formal com esse público alvo morador da comunidade. Esta ligação entre o representante e os moradores se dava informalmente e com cunho genérico, como podemos nitidamente verificar nos registros.

Considerando, na análise dos registros, o caráter das discussões presentes no conselho Intersetorial, percebe-se que o espaço de encontro foi potencialmente utilizado para oferecer aos presentes informações privilegiadas quanto ao funcionamento dos serviços de saúde e de outras áreas/setores. Características do novo modelo de atenção, novos projetos como as equipes para atendimento da população de rua, o processo de acolhimento nas unidades básicas, o fluxo de atendimento nas unidades de pronto atendimento, os programas intersetoriais como o de saúde nas escolas, tudo isso foi explanado e debatido em plenária.

Os moderadores, profissionais de saúde e gestores presentes no espaço oportunizavam ocasiões propícias para o desenvolvimento da educação permanente em saúde e em algumas vezes educação em saúde, assim os temas eram pautados entre uma reunião e outra. Nesse sentido, destacamos que alguns assuntos mobilizaram muito os

presentes e foram alvo de mobilizações do conselho perante outras instâncias, como o caso da necessidade da comunidade em possuir mais uma clínica da família e um centro de atenção psicossocial. Ambos pleitos foram levados para a secretaria municipal, embasados pelos conselheiros que justificavam com muito domínio a situação de necessidade daquela comunidade.

Avançando na análise das características do gestor apreendidas nos registros das reuniões do Conselho Intersetorial, ficou nítido que estes profissionais de saúde presentes atuavam em grande parte dos encontros como moderadores, conduzindo a dinâmica de funcionamento do espaço; no entanto também ficou claro, através do registro da participação de outros atores, que o espaço estava aberto para condução de quem desejar.

No início da leitura das atas notamos um revezamento na condução das reuniões, onde cada encontro possuía um ator diferente na coordenação dos trabalhos.

Fechando a descrição dos documentos deste espaço, cabe destacar uma atividade proposta que rendeu interessantes conclusões sobre a avaliação do conselho Intersetorial em seu primeiro ano de funcionamento, na concepção de quem participa dele. Utilizando-se da dinâmica de pontos positivos e negativos, a plenária reunida pode pontuar diversos aspectos deste espaço participativo, o primeiro destaque vai para uma ideia de consenso de todos, trazida por uma conselheira, quando refere que com o conselho:

“Se construiu um espaço de escuta dos moradores”.

As falas que seguem remetem ao potencial desta arena em aumentar a mobilização e envolvimento dos moradores com a sua comunidade e a melhorias percebidas na comunicação, acesso aos serviços e oferta de capacitação como o curso para os conselheiros.

Quanto aos aspectos negativos observamos questões relacionadas a reestruturação de algumas características do espaço, anteriormente abordadas, a saber, a divisão da população em segmentos e o quórum mínimo.

COLEGIADO GESTOR DA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA

Propositalmente deixamos por último a explanação quanto aos registros obtidos, do Colegiado Gestor da Clínica da Família estudada, por se tratar de um espaço bastante distinto dos demais, em sua dinâmica de funcionamento, composição e objetivos. Foram analisadas quarenta e três atas, que datavam de outubro de 2010 à outubro de 2012 e já na primeira característica identificada nos registros, percebemos que este espaço a priori não contou com a participação do usuários, composto somente por profissionais de saúde da ponta e gestão, atuantes na unidade. Apesar de se intitularem abertos à participação da comunidade, somente na vigésima primeira reunião verificamos o registro do interesse do grupo em organizar a presença do representante da comunidade, sendo que este seria convidado a participar em encontros intercalados, ou seja, uma vez por mês.

Na reunião que discutiam a preparação do grupo para receber os moradores, a ata refere que o convite para participar do colegiado, seria feito às pessoas “comuns”, residentes na área de cobertura da unidade, deixando clara a preferência de que estes não fossem representações ou lideranças comunitárias, e a convocação será feita por meio das equipes que atuam nos territórios. O objetivo descrito nos registros para inserção do usuário neste espaço era: “(...) a possibilidade dos mesmos externarem suas dúvidas, suas contribuições e também suas reclamações em relação a clínica”; sendo que a primeira

reunião com a participação da comunidade a pauta foi sobre uma explanação a respeito do funcionamento da clínica.

Ao iniciarmos a leitura dos registros da vigésima quarta reunião, notamos que esta foi a primeira que contou com a participação de usuários moradores da comunidade. Sem pauta estabelecida, o encontro se desenrolou para efetivar esclarecimentos aos dois representantes populares presentes. Um destes manteve uma postura de reclamações quanto ao atendimento e críticas ao acesso a alguns serviços da unidade ressaltando que algumas destas questões já haviam sido externadas à gerência, reaparecendo no encontro. O outro representante popular não se manifestou durante toda a reunião, tendo saído cedo. Em relação aos profissionais de saúde, os mesmos se desdobraram para esclarecer os questionamentos levantados, porém segundo o relato em ata:

“O colegiado não conseguiu convencer o usuário em nada que foi exposto, já que o mesmo possui um déficit de entendimento”.

A reunião subsequente, teve como uma das pautas, a avaliação do colegiado sobre a vivência da participação de integrantes da comunidade no último encontro. Desta forma, os profissionais falaram sobre suas percepções, destacaram alguns pontos, como o relato de que apenas um usuário monopolizou a fala, se referindo ao morador que se colocou reclamando e demandando soluções ao colegiado. Outra questão enfatizada, foi a ausência de uma condução formal e organizada da reunião e a percepção dos profissionais de saúde de que os usuários tem uma *“concepção equivocada sobre o que é o controle social”*.

Em registros de outros encontros notamos que essa percepção se ampliou também a uma concepção equivocada dos profissionais de saúde quanto ao controle social. Neste sentido, encontramos como sugestão de ação, o desenvolvimento de capacitações dos atores participantes deste espaço.

Encontramos mais uma reunião que refere a presença de representantes comunitários, dois usuários novamente na mesma dinâmica colocam as suas dúvidas e são esclarecidos pelos profissionais de saúde e também sugerem ações a serem realizadas na comunidade. Não constatamos mais nenhuma presença da comunidade nos encontros que ficaram restritos aos trabalhadores e gestores da unidade e suas discussões que abarcavam desde a questões administrativas até organização do processo de trabalho da unidade. Uma grande diversidade de temáticas foram abordadas nestes quarenta e três encontros analisados, grande parte eram problemas cujo gestor avaliava necessário escutar a plenária para decidir e determinar o que se fazer, um espaço voltado para um modelo de gestão participativa mesmo, buscando sempre consultar o conjunto de trabalhadores nas decisões e promover uma co- responsabilização na execução das mudanças e propostas pactuadas em grupo.

Entre os assuntos encontramos: a limpeza da unidade, escalas em geral, folgas, ponto eletrônico, necessidade de contratação de profissionais, informes quanto às questões contratuais e salariais, organização da unidade para ofertar novos serviços, melhoria no processo de trabalho dos serviços já ofertados à comunidade e informes em geral. Diferente dos conselhos citados anteriormente, este colegiado pelo que percebemos, enfoca a abordagem das questões sobre o funcionamento da unidade e em menor proporção do seu território de abrangência. Não constam relatos de que ações de educação permanente propriamente dita tenham acontecido neste espaço, porém a organização das mesmas, incluindo o levantamento das temáticas de necessidade da unidade, estava presente.

O gestor manteve presença em grande parte dos encontros, atuando também como coordenador dos trabalhos, e em sua ausência, haviam representantes apoiando o colegiado, porém algumas atas mostram que as deliberações só aconteceram após o retorno e ciência

do gestor sobre tal fato. Isso também é endossado pelo gestor que refere uma certa “dependência” do grupo até mesmo para a realização dos encontros do colegiado. No que se refere a postura deste gestor, percebemos que o mesmo buscou a construção deste espaço colegiado participativo na unidade, legitimando as representações, estabelecendo regras de convivência e todo o aparato necessário para o funcionamento do mesmo, atuou moderando propositivamente os encontros, almejando trazer ao grupo questões referentes ao cotidiano do trabalho de todos que em sua posição, poderiam ser decididas sem consultar outros, destacando a sua característica de administração da unidade de forma participativa.

O gestor também esteve engajado no estímulo junto ao grupo para ampliação da participação da comunidade no cotidiano de decisões e planejamentos da clínica. Nos registros isso fica claro, quando notamos a criação de uma caixa de sugestões e reclamações que foi disponibilizada aos usuários da unidade. As questões oriundas desta ferramenta de comunicação com a comunidade se tornou pauta do colegiado. Outra proposta apoiada pela gestão foi a inserção da comunidade no colegiado gestor, que apesar de não ter se vinculado ao espaço, acontecendo de forma esporádica, oportunizou aos presentes a reflexão de conceitos como a participação popular e o controle social.

6.0 – DISCUSSAO

Após apresentação descritiva das principais características dos espaços participativos locais investigados, refletimos com base nestes resultados para discutir algumas inferências apoiados em autores que, nas suas discussões, corroboram com o contexto que encontramos.

Distinções entre Conselhos e Colegiados Locais investigados

À princípio quando delimitamos o nosso tema, havia o interesse em abordar os espaços colegiados gestores das unidades de saúde, com ênfase naquelas que funcionam segundo o novo modelo de atenção, a Estratégia de Saúde da Família. Diante do levantamento do arcabouço legal do Município estudado, encontramos um documento que data do ano de 2010, denominado de Carteira de Serviços⁷, que já foi citado anteriormente, este estimula a criação de espaços de gestão participativa com a inclusão da participação popular nas unidades da atenção primária e denomina essa arena de Colegiados Gestores. Com base nessa afirmativa, recortamos o nosso objeto de estudo, considerando somente os colegiados. No entanto, após a realização de um prévio levantamento dos espaços participativos existentes nas diversas Áreas de Planejamento do Município pesquisado, encontramos as duas nomenclaturas para intitular as arenas participativas, localizadas nos pontos de atenção e entendemos que era preciso ampliar nosso objeto aos conselhos também.

No contexto do território escolhido para ser estudado, a situação encontrada não foi diferente, no espaço amostral de três unidades de saúde, estudamos quatro espaços participativos, sendo dois conselhos e dois colegiados. A princípio percebemos que as unidades de saúde classificadas segundo o documento supracitado⁷, como sendo do tipo “A”, têm colegiados gestores. Como exemplo clássico, citamos a única Clínica da Família investigada, que nomeou o seu espaço participativo de colegiado gestor. Já a unidade classificada como tipo “B”, o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, denominou o seu espaço de Conselho Gestor. Isso também pode ser notado no levantamento prévio deste estudo, onde outro Conselho Gestor identificado na Área de Planejamento 1.0 está relacionado a uma unidade do tipo “B”. Neste sentido, a nomenclatura do espaço

participativo das unidades, sofre influências pelas prescrições do documento vigente⁷ e pela a classificação do tipo de unidade de saúde, que está intimamente ligada ao modelo de atenção praticado naquela unidade.

Ao nosso ver, quanto a nomenclatura, os colegiados gestores estão ligados às unidades de saúde da família e por sua vez os conselhos gestores, ligados às unidades de saúde com atenção básica tradicional. Na conjuntura do município estudado, estas unidades tradicionais pode dividir o seu espaço físico com as equipes de saúde da família, sendo assim, temos em nosso estudo duas situações distintas: um conselho gestor para a equipe que trabalha enquanto atenção básica tradicional e um colegiado gestor funcionando no âmbito das equipes de saúde família. Respectivamente o conselho gestor do CSEGSF e o colegiado gestor do CSE Manguinhos.

Já o Conselho Gestor Intersetorial estaria ligado ao território e às equipes de saúde da família atuantes nele. Como este espaço difere dos demais pois não apresenta-se vinculado à uma unidade de saúde, abordaremos as suas especificidades em um tópico a seguir.

O Conselho Gestor Intersetorial

Esta instituição participativa tem o maior número de membros, entre as arenas estudadas. Ainda enquanto característica diferencial, podemos citar a sua composição intersetorial, pois o CGI garante assento para equipamentos de outros setores presentes no território, como a educação e a assistência social. Dentro da sua finalidade, a ênfase na promoção da participação social em toda a sua amplitude é outra especificidade desta arena decisória.

Quando nos aproximamos deste espaço, indagamos sobre que tipo de conselho era este que não estava vinculado a uma unidade de saúde e sim a um projeto de saúde e pedagógico (Projeto TEIAS) dentro de um território, voltado para as suas equipes de saúde da família. Chegamos a conclusão que o CGI pode ser considerado como um conselho gestor local (territorial), pois não está vinculado à uma unidade de saúde apenas, não podendo ser considerado como conselho comunitário/ popular, pois segundo Gonh (2000):

“Os conselhos gestores são diferentes dos conselhos comunitários, populares ou dos fóruns civis não governamentais porque estes últimos são compostos exclusivamente de representantes da sociedade civil, cujo poder reside na força da mobilização e da pressão, não possuindo assento institucional junto ao poder público.”⁵⁷

Outra indagação que fizemos assim que nos aproximamos do espaço participativo foi: Qual é a diferença entre o CGI e conselhos ou colegiados gestores das unidades de saúde? A vivência nas observações nos levava a acreditar que tratava-se de arenas competitivas. Nas entrevistas tivemos a oportunidade de questionar tal fato e entendemos que os colegiados das unidades foram criados pari passu ao conselho intersetorial e segundo um dos atores entrevistados:

“(...) A ideia é que os conselhos/ colegiados das clínicas discutam aspectos muito mais ligados ao processo de trabalho, as micropolíticas locais. E de que forma uma equipe vai funcionar, e de que forma vai organizar suas ações comunitárias, é mais capilar ainda. O Conselho Intersetorial pensaria um pouco as questões mais macro do território, quando a gente pensa em fazer, por exemplo, Leopoldo da Paz, um movimento que pará as ruas, as equipes e a população (...)”.

Outro entrevistado quando se deparou com o mesmo questionamento, respondeu da seguinte forma:

“(...) O quê se faz lá, que não se faz aqui? E qual é a função de fazer lá e se fazer aqui? O que em parte tem que fazer lá e ou separado, enfim... Então, essa reflexão ficou me incomodando (...) Mas você fala assim, o que acontece nas unidades de saúde e que não acontece no CGI? As unidades de saúde quando elas falam que esse conselho da unidade discute o processo de trabalho, ela está falando o quê? Ela está falando que esse colegiado tem a função de acompanhar ou monitorar ou avaliar o modelo de atenção (...)”.

Diante, destas afirmações refletimos quanto a seguinte questão: Para além dos Conselhos Municipais, os Conselhos Distritais e os Conselhos/ Colegiados nos pontos de atenção à saúde. Para além destes espaços decisórios que já funcionam com seus entraves e dificuldades em se comunicar e ‘retro-legitimar’ o seus distintos níveis de empoderamento deliberativo; seriam necessários conselhos territoriais para abarcar em seu bojo as discussões macro do território? É necessário distinguir macro e micro questões dentro de um território, no âmbito das unidades de saúde?

Em uma entrevista houve a possibilidade de questionarmos o depoente, sobre a sua opinião quanto ao esvaziamento dos colegiados gestores das unidades de saúde no seu território, a resposta a seguir traz alguns indícios do que pode estar acontecendo neste cenário específico:

“ Sabe que é uma boa pergunta. Eu não sei bem! É ...os espaços locais, talvez o espaço do conselho de certa forma tenha ocupado um espaço tão grande, e ofuscou algumas participações locais. Por que muitas das coisas que eram discutidas no espaço colegiado da clínica, acabou indo para o conselho gestor maior (se referindo ao CGI).Eu nunca participei dos colegiados das clínicas, por que eu achava que era um papel do gestor local. Agora o quanto esse gestor local valorizou isso, também não sei”.

Na prática das nossas observações, entrevistas e análises das atas, podemos afirmar que esse modelo escolhido para promover e exercitar a participação popular, está imbricado por uma confusão verbalizada por atores de todos os segmentos quanto aos limites de cada espaço. E que apesar de ser um desenho muito propositivo à promoção da participação, vimos que a comunicação entre algumas destas arenas locais acontece mediante a ação dos conselheiros que frequentam os diversos conselhos e colegiados e levam as temáticas e demandas de um ponto ao outro. Ou seja, é muito tênue o elo entre os espaços. Mais complicado ainda, em alguns casos se faz em outros não, a comunicação destas instâncias locais com o conselho distrital que está em um nível de atuação superior, posto que em alguns casos os conselhos não legitimam os colegiados gestores.

O que podemos afirmar é que todo esse desenho dos espaços de participação criados no território de Manguinhos não foi pensado para funcionar de forma desarticulada. Sendo assim, enquanto temática dos encontros do CGI, constava sempre o esclarecimento desta delimitação de autonomia e nível de discussão para cada conselho e colegiado existentes, assim como a previsão de uma intercomunicação destes espaços. Um esforço claro para permitir o entendimento dos pares, “do que se deve ser discutido lá e que não está presente aqui”, em referência a umas das respostas de um depoente supracitado, que mais demonstrou o incomodo e a complexidade da situação, do que a clareza necessária para se percorrer o fluxo dos espaços participativos criados no cenário pesquisado. Outro entrevistado que corrobora com a nossa compreensão dos fatos diz que: *“Assim pra mim está claro, eu sempre tento pautar isso. Mas talvez no conselho gestor não. (...) Então, as próprias representações ficam as vezes confusas, que no espaço da clínica não vai discutir questões de outra unidade.”*

Silva e Junior (2009) em sua pesquisa realizada com conselhos de diversos setores, buscaram saber até que ponto estes assumem uma postura proativa, de forma a ampliar os limites de sua ação, articulando-se com outros atores e espaços políticos no plano local, na maioria dos casos o que perceberam é que os conselhos possuem uma articulação muito frágil⁵⁸, fenômeno este, também constatado em nosso estudo.

Composição dos conselhos e colegiados gestores locais

Progredindo além da questão da diferença de nomenclatura dos espaços, refletimos que não somente isto diferenciava estas arenas participativas em instâncias locais, a característica da composição dos colegiados também era bem diferente dos atores que integravam o conselho. Este obedecia o conceito de paridade e encontramos muitas semelhanças na sua divisão da representação comunitária com o que está descrito na Resolução de Número 453 de 2012.¹ No caso dos colegiados, o conceito de paridade não se fazia presente em nenhum dos casos estudados, com a participação dos usuários escassa e de preferência sem vínculos com associações de moradores, lideranças locais ou segmentos. Aqueles que majoritariamente ocupavam os colegiados eram os profissionais de saúde e os gestores.

Nesta conjuntura pontuamos algumas questões como a dificuldade dos gestores em lidar com algumas instituições representantes da comunidade que possuem vínculo com o tráfico. Assim, o colegiado gestor estudado que chegou a incluir a participação dos usuários, o fez através de um convite das equipes de saúde da família, à população moradora do seu território, sem nenhuma divisão formal e permanente destes representantes. Mas, é interessante observar o cuidado que os gestores expressaram para

não se incorporar atores com vinculação extremamente delicada ao espaço de discussão da unidade. Neto (2012) em seu estudo também trouxe o mesmo achado relacionado aos Conselhos Municipais e Distritais, segundo o autor: “Além de mal formados e informados, o perfil dos representantes dos usuários apresenta uma outra característica que interfere sensivelmente em sua atuação legítima e autônoma: seu envolvimento com o tráfico de drogas”¹⁷.

Desta maneira, diferente dos colegiados, os conselhos possuem uma composição estruturada na figura dos conselheiros e suplentes, divididos entre trabalhadores de saúde, gestores e usuários. Porém, no relato dos gestores que vivenciaram a construção destas arenas, também notamos a mesma preocupação em se estabelecer cuidadosamente a participação da comunidade, atentando para o fato do envolvimento com o tráfico em nossa conjuntura estudada, principalmente no que se referem as associações de moradores. Ao final, entendemos que a busca pela aproximação da comunidade com os processos e decisões no contexto do território em que atuam não é simples e tem grande preocupação com legitimidade destas representações dentro destes espaços decisórios e perante os moradores da comunidade.

Com tantos pormenores no contexto da comunidade estudada, e as dificuldades já descritas nas literaturas quanto ao manejo com as representações da população nos conselhos das instâncias municipais e nacionais, nossas reflexões sobre as instâncias participativas em unidades de saúde não foram diferentes. O que foi constatado nesta pesquisa revelou colegiados gestores sem a efetiva presença de usuários e os conselhos com entraves para fixação destes representantes. Também não nos surpreende relatos de que alguns profissionais de saúde não legitimaram a presença do usuário no colegiado, fato este notavelmente imbricado com o contexto em que atuam e com nítida ausência de

compreensão do propósito da participação popular em seu cotidiano de trabalho, para o alcance de melhores níveis de saúde da comunidade e o exercício do controle social.

Vimos que no caso de um dos colegiados estudados, o espaço não se consolidou ao ponto de chegar a incluir os moradores da comunidade. Segundo o relato do gestor, os trabalhadores de saúde não valorizaram o momento participativo e justificando com as suas muitas atividades e demandas do dia a dia, esvaziaram paulatinamente essa arena que inicialmente foi pensada para criar e ampliar a autonomia deles, o que possibilitaria a oportunidade de deliberar sobre questões diretamente ligadas ao seus interesses. A frequência dos atores ocupantes e suas inconstâncias são focos dos estudos sobre os espaços participativos, Gohn (2011) alerta para tal fato: “(...) alguns estudos já tem apontado a fraca participação da sociedade livre e absenteísmos dos membros governamentais”.³⁶

Neste sentido, a autora supracitada, discorre sobre algumas razões para o inatividade dos espaços participativos e a dificuldade ou impossibilidade em se fixar os atores. Ela refere que:

“De um lado, observa-se que a operacionalização não plena dessas novas instâncias democratizantes se dá devido à falta de tradição participativa da sociedade civil, em canais de gestão dos negócios públicos; a curta trajetória de vida dos conselhos e, portanto, a falta exercício prático (ou até a sua inexistência); e ao desconhecimento – por parte da maioria da população – de suas possibilidades (deixando espaço livre para que sejam ocupados e utilizados como mais um mecanismo da política das velhas elites, e não como um canal de expressão dos setores organizados da sociedade).” (Gohn, 2011)³⁶

Nosso estudo demonstrou que o fenômeno de ausências e dificuldades na fixação de representantes também aconteceu nas arenas locais investigadas, não havendo distinções para os conselhos e colegiados, ambos enfrentam problemas com o absenteísmo entre os

vários segmentos que compõem estes espaços. Na resposta de um deponente, quando questionado sobre a participação dos representantes das sociedades, fica claro a questão quando refere que:

“A gente tem uma evasão, nós hoje temos representantes de todos os lugares, mas nós temos uma certa evasão”.

Portanto, as instâncias locais investigadas, assim como os conselhos municipais e distritais, lutam pela plena operacionalização dos seus espaços participativos, empregando esforços para agregar aos diversos atores uma cultura democrática, almejando estabelecer práticas e consolidar tradições participativas. Outro estudo recente de Neto (2012), que pesquisou os conselhos municipais e distritais de saúde, também refere a falta de tradição participativa e acrescenta outras causas que avaliamos influenciar no caso estudado, o autor relata que:

“Ao nosso ver, as ausências dessa tradição de participação e dessa cultura cívica se somariam ao problema da ausência de controle sobre a produção da informação e à defasagem existente de conhecimentos entre os representantes dos gestores e dos usuários”¹⁷.

No sentido de estabelecer as instâncias locais de participação, vimos que as causas citadas pelo referido autor, foram preocupações corroboradas pelos moderadores dos conselhos e colegiados. A capacitação dos representantes conselheiros e seus suplentes, assim como a discussão sobre participação e controle social com os profissionais de saúde e usuários que compõem o colegiado, estas falas e ações estiveram presentes no cotidiano dos gestores e nos registros em atas. No caso dos espaços locais estudados, ficou claro que já havia uma sensibilidade para a importância destas intervenções a manutenção de uma arena propositiva e a consolidação de um espaço potente de discussões.

Objetivo e finalidade das instâncias participativas

Uma qualidade distintiva analisada no caso dos conselhos e colegiados investigados relaciona-se ao objetivo destes espaços. Apesar dos colegiados estudados não apresentarem regimento oficializando o propósito do espaço, ficou claro nas entrevistas com os gestores e nas atas, que o espaço foi utilizado como uma ferramenta para o exercício de uma gestão participativa. A preocupação das gerências era não reproduzir uma gestão tradicional, posto que esta tem sido desestimulada em suas ineficiências, como corrobora o texto “Gestão Participativa e Cogestão (2009), quando refere que o modelo tradicional de gestão, produz a “infantilização” dos trabalhadores, “agregado a renúncia em participar de processos de criação, transformando o trabalho em um lugar de repetição, de produção em série, de realização daquilo que foi pensado em outro lugar”⁵⁹.

Na experiência dos colegiados investigados, a pretensão foi a criação de um espaço de cogestão, a fim de garantir a priori mais autonomia dos trabalhadores, ou seja, incluir esses atores no processo de tomada de decisões dos temas que interferem diretamente no cotidiano do seu trabalho posteriormente ampliando essa participação, de forma a acrescentar a representação da comunidade. Com intuito de reproduzir assim, a dupla direção da cogestão, citada por Cavalcanti e Guizardi (2010):

Assim, a cogestão teria uma dupla direção: por um lado, a construção de sentido para a ação e, por outro, a garantia das condições de sua concretização, dos meios materiais e subjetivos requeridos. Os objetos de investimento dos sujeitos e a satisfação de interesses e necessidades sociais seriam as finalidades polares a operarem as organizações – ou seja, trata-se de incorporar o desejo dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, sem que isto signifique desconsiderar o diálogo com as necessidades sociais.⁶⁰

Entretanto na trajetória destes colegiados, percebemos dois casos distintos: um colegiado que conseguiu consolidar por um tempo razoável um espaço de construção de

sentido para ação dos seus trabalhadores, porém com dificuldades para dialogar com as necessidades sociais, colocadas pela breve presença dos usuários no local. E o outro espaço colegiado que não conseguiu se quer consolidar essa arena enquanto um local a ser valorizado pelos profissionais, por suas potencialidades.⁶¹ O gerente da unidade com essa vivência, justificou que a equipe consolidou um outro espaço com metodologia distinta, para o exercício da gestão participativa, com ênfase na participação e autonomia dos trabalhadores de saúde. Trata-se de um momento permanente e periódico de discussões do processo de trabalho associado as práticas de educação permanente, onde se deliberam alterações e mudanças necessárias no cotidiano das equipes.

Não foi possível garantir uma adequada aproximação desta pesquisa com tal espaço, e portanto temos como limitação deste estudo o esclarecimento da indagação dos motivos que justificam a experiência de um colegiado gestor frustrado, pari passo a um espaço de gestão participativa com outra metodologia bem sucedido. A que se considerar novos estudos que visem compreender os arranjos distintos entre esses espaços, que possam contribuir para o enfrentamento das dificuldades constatadas e vivenciadas nos colegiados gestores atuais, até mesmo com a indicação de outras estratégias metodológicas eficientes.

Já os conselhos estudados estruturaram seus objetivos de acordo com os seus regimentos. Apesar das semelhanças notadas na forma de condução e nos assuntos abordados nestas duas arenas, os regimentos estabelecem diferenças bem delimitadas, principalmente no que se refere ao nível de atuação destes espaços. Enquanto o Conselho Gestor do CSEGSF indica uma atuação voltada ao acompanhamento, controle e avaliação das políticas públicas de saúde e determinantes de saúde no território, porém com definições de execuções no domínio da sua unidade. O Conselho Gestor Intersetorial por sua vez, em seu regimento descreve ter por sua finalidade uma atuação voltada para a

formulação, monitoramento e controle da execução da política de saúde no âmbito do território do Projeto Teias-Escola Manguinhos, o que inclui somente a área de abrangência das equipes de saúde das famílias atuantes.

Na prática, os dois espaços acabam discutindo sobre o território de Manguinhos como um todo e a dinâmica de funcionamento não é tão diferente, inclusive em alguns dos encontros observados ocorreu a discussão do mesmo assunto nos dois conselhos. Torna-se perceptível a distinção citada pelos regimentos, quando presenciamos a necessidade de deliberações e definições de prioridades, ou seja, o escopo de autonomia dos dois conselhos estudados era bem distinto. Neste momento, percebemos que apesar do Conselho Gestor do CSEGSF discutir os diversos assuntos no âmbito do território, quando o tema incorporava as equipes de saúde da família ficou claro que não foi possível exercer a tomada de decisões nesta arena, sendo as sugestões encaminhadas ao Conselho Gestor Intersectorial ou em menor instâncias as gerências locais das equipes. Cabe destacar, como caracterizamos anteriormente, que ao final do período de coleta de dados deste estudo, a gestão do Projeto Teias passou a ser conduzida pela Chefia do CSEGSF, uma das primeiras intervenções do recém eleito presidente da instituição de ensino, cenário deste estudo. Assim, a condução do Conselho Gestor Intersectorial teria como moderadora o mesmo ator que conduz os encontros do Conselho do CSEGSF, neste sentido podemos prever mudanças no contexto explicitado acima.

O Controle Social nas Instâncias Locais de participação

Neto (2012) quando cita Gonh (2000), destaca que “os princípios legais do controle social na saúde estão intimamente relacionados com a ideia de fiscalização e punição

decorrente do poder conferido a esses fóruns para definir que políticas de saúde devem ser adotadas, seu monitoramento e sua implantação”. O controle social no contexto brasileiro esteve vinculado ao processo de redemocratização e a possibilidade de fiscalização/ controle da sociedade civil diante das ações executadas pelo Estado.¹⁷ e não o controle do Estado sobre a população, como a origem tradicional deste termo nos revela.

No único colegiado gestor que conseguimos investigar as atas, foi possível constatar que nos dois encontros com a presença da população, a ausência do exercício efetivo do controle social, seja ele no planejamento das ações a serem desempenhadas pelos representantes da sociedade no espaço, seja pela prática perceptível nos relatos dos registros analisados. Percebemos que não houve tempo para o amadurecimento da participação dos usuários, perante ao grupo de profissionais e dos próprios moradores da comunidade, sendo a participação destes de forma efêmera, e com aproveitamento equivalente a mais um canal de comunicação de queixas e demandas não atendidas.

De modo diferente, nos conselhos observamos um desenho do controle social, que esteve presente desde os seus regimentos, quando definem como competência a: *“definição de diretrizes e fiscalização da movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Projeto TELAS-Escolas manguinhos, oriundos do Contrato de gestão firmado entre a Prefeitura Municipal e a Organização Social”*. Em um outro regimento temos a seguinte atribuição do espaço: *“Participar da elaboração da proposta orçamentária anual, através da determinação das necessidades específicas da unidade, bem como, definir as prioridades e metas, e acompanhar a execução orçamentária.”*

Diante disto, podemos afirmar que há intenção de se desenvolver no espaço dos conselhos estudados uma prática do controle social, ou seja, participação comunidade no acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde prestados e no controle orçamentário

para a sua execução. No entanto, na prática essa intenção não se consolidou neste desenho determinado, tanto por parte do gestor que deve disponibilizar, tornar acessíveis informações, garantindo as discussões de pautas com esse cunho. E tanto por parte dos usuários que apresentavam dificuldades para exercer o seu controle, por diversos motivos como a falta de conhecimentos e dificuldades de contestar o que estava sendo apresentado.

Referente a primeira dificuldade, nas minhas observações pude ouvir que alguns gestores enfrentaram dificuldades em “modelar” o material, relatórios de gestão e prestações de contas, a serem apresentados em plenária, já que pensam em adequar ao máximo as informações aos usuários. Em outra situação que presenciei uma explanação de sobre um relatório de gestão este foi muito tecnicamente explicitado, sem dar chance para a reflexão dos presentes. Este fenômeno também acontece em espaços participativos de outras instâncias, sendo abordado em estudos como o de Wenhausen e Caponi (2002) quando relatam:

“O que se constata aí é a velha prática de técnicos falando para leigos, ou o que poderia ser pior, o uso instrumental de um espaço que se pretendia “democrático”, para legitimar ações governamentais e não para “controlá-las” e avalia-las, como seria a proposta de papel para os conselhos”.⁶¹

Quanto a segunda questão levantada, estudos sobre participação e controle social já destacavam que a presença da sociedade nos espaços decisórios não garante o exercício do controle social. É necessário que os espaços permitam a existência da “alteridade”, conceito definido por Sposati e Lobo (1992), quando determinam a necessidade de se demarcar a presença de “um sujeito que se contrapõe, que tem força e presença para pressionar e ter protagonismo”.²⁴

Os resultados deste estudo revelam que os representantes dos usuários presentes nos colegiados gestores e nos conselhos apresentavam dificuldades para compreender alguns processos e o modelo de atenção à saúde vigente no município estudado. Esta falta de entendimento se estendia até mesmo à dinâmica de funcionamento dos espaços participativos e das suas atribuições como participantes, assim como as possibilidades de exercício do controle social.

7.0 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu uma aproximação das experiências participativas em unidades de saúde, através de uma descrição sobre o funcionamento dos colegiados e conselhos gestores, existentes em um bairro do Município do Rio de Janeiro. Em um cenário peculiar, consideramos que foi possível exercer diversos olhares sobre o nosso objeto de estudo produzindo uma análise que apresentou muitas semelhanças com as descrições das experiências em conselhos de outras instâncias, a exemplo de conselhos municipais, distritais, entre outros. Entendemos que mesmo considerando as especificidades do caso pesquisado, os espaços participativos nas instâncias de outras unidades de saúde podem se identificar com os achados e inferências contidas neste estudo, que revelou acima de tudo a “vontade política” dos gestores, trabalhadores de saúde e sociedade civil, ou seja, revelou a “(...) Intenção destes em satisfazer as necessidades de uma sociedade, de forma reconhecida pela maioria dos seus integrantes” Brandão ⁶². Assim, buscamos certa aproximação entre a sociedade e os espaços democráticos e decisórios nas unidades de saúde no território investigado como um todo.

No trajeto traçado por este estudo foi possível descrever a organização, composição e a dinâmica de funcionamento dos espaços de decisões coletivas das unidades de saúde do cenário pesquisado a partir de uma aproximação com os atores que conceberam e moderaram estes órgãos colegiados e também pela observação dos encontros e análise dos documentos norteadores. Essas diversas apreciações, subsidiaram muitas discussões, que iniciaram pelas distintas nomenclaturas encontradas para denominação dos espaços participativos, perpassando pelas suas semelhanças e diferenças no contexto do cenário no qual estão inseridos.

A polissemia parece prevalente e muitos se questionam sobre como devem intitular os espaços participativos das unidades de saúde que atuam: Conselhos gestores ou colegiados gestores? O presente estudo mostrou que estes são espaços com algumas características diferentes, porém guardam as suas semelhanças, principalmente quando nos referimos às dificuldades enfrentadas para a consolidação e manutenção da participação popular efetiva nestas arenas. Como Gonh (2011) postula acerca dos conselhos gestores, compreendemos também que faltam definições mais precisas sobre as competências destas instâncias participativas locais, assim como é preciso clarificar nos aparatos legais, as distinções quanto aos conselhos gestores versus os colegiados gestores existentes nas unidades de saúde.

Neste caminho, há uma necessidade de elaboração cuidadosa de instrumentos jurídicos de apoio à estes espaços decisórios nos pontos de atenção da rede que visem garantir a sua autonomia e o exercício da tomada de decisões, pois, visualizamos que as lacunas legais interferem diretamente no grau de articulação destes espaços perante os outros equipamentos e atores em instâncias superiores.

Mesmo diante dos tímidos avanços e conquistas no cotidiano desses espaços participativos que enfrentam entraves em grande escala, ainda assim compreendemos que as arenas ativas da qual nos aproximamos buscam a sua legitimidade diante dos próprios atores participantes. Tal como a retomada dos movimentos sociais e a pressão da sociedade em voga por todo o país, outras experiências sofrem influência, ganham motivação e força perante os exemplos bem sucedidos de ações de pressão, controle e fiscalização dos serviços prestados pelo Estado.

Entendemos que, na concepção dos gestores quanto a participação da população que compõem os conselhos e colegiados temos encontrado, em sua grande maioria, uma base de demandas por garantia de acesso aos serviços de saúde, embora colocadas como requerimentos de cunhos pessoais. Inferimos que a busca através de pedidos e solicitações pessoais é um fator de aglutinação para pressão social, quando nos referimos a participação popular, confirmando, no entanto, que sendo um objetivo demandante focado ele vem, muitas vezes, esvaziado de discussões sobre macro políticas sociais e de saúde como um direito.

É importante ressaltar que com este estudo não foi possível contemplar a gama de aspectos a serem analisados nos espaços participativos das unidades de saúde, de forma que indicamos a importância de estudos que nos sucedam e que visem avaliar o impacto destas práticas participativas nos pontos de atenção à saúde, demonstrando a importância da descentralização das instâncias participativas no setor saúde; posto que, no caso estudado percebemos que ainda estão em construção os arranjos que se fazem nestes espaços, muitos como já sinalizados nos indícios deste estudo, seguem o caminho já constatado por autores em conselhos de outras instância, a exemplo da situação encontrada de um espaço que foi utilizado majoritariamente para demandas focalizadas. Tal situação faz naturalizar a fala

destacada por Neto (2012) de que o político, o representante dos usuários e o cidadão, “todos os três vivem em constante negociação visando atender seus interesses e satisfazer suas necessidades particulares.”¹⁷

População demandante, frequência irregular nas arenas participativas, necessidade da consolidação de base de apoio, necessidade de capacitação, entre outros aspectos, foram as características da participação popular encontrada nos espaços estudados, quer sejam denominadas de conselheiros ou informalmente de representantes da comunidade nos colegiados gestores. A conjuntura congênere tem sido a busca de estratégias para não ceder a inativação, pois das quatro arenas estudadas, apenas duas demonstraram ser ativas, ou seja, mantinham os seus encontros e atividades regulares. As demais, ou desistiram de investir neste espaço, enquanto arena de órgão colegiado de participação com presença da comunidade, ou pararam por um período, na tentativa de pensar uma reformulação e reativação do espaço decisório.

As conclusões de nosso trabalho nos remetem a evocação de uma maior aproximação com os espaços colegiados nas unidades de saúde, visando a estruturação de exemplos bem sucedidos, metodologias e dinâmicas de funcionamento que inspirem propositivamente a criação, manutenção e consolidação destas instâncias muito ricas em seu potencial de mudanças e agregações para os serviços de saúde e suas respectivas comunidades acompanhadas.

8.0 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 453, de 10 de Maio de 2012. Diário Oficial da União nº 109, Seção 1, página 138.

2- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Acesso em 05/10/2012]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8142.htm>.

3- VALLA, V; STOTZ E. N. Participação popular, educação e saúde: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1993.

4- GERSCHAMAN S. A. A democracia inconclusa. Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

5- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília. Ministério da Saúde, 2000.

6- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Série B. Textos Básicos de saúde. 3ª edição. Brasília 2003.

7- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Guia de referência rápida. Carteira de serviços: relação de serviços prestados na atenção primária. – Rio de Janeiro; SMS, 2011.

8- GOULART, F. Inclusão dos Cidadãos na implementação das políticas de saúde: Experiências brasileiras e européias. Navegadoresus. Série técnica para gestores do SUS sobre as redes de atenção à saúde baseadas na APS. Nº 6. Brasília, 2012.

9- CAMPOS, W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

10- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Cobertura de Saúde da Família. Disponível em: www.subpav.com.br. Acesso em: 01/10/2013.

11- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. Censo Populacional 2010, Rio de Janeiro, código município 3304557, de 29 de novembro de 2010. [acesso em: 01/10/2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

12- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Série D reuniões e conferências. Brasília, 2005.

13- RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Lei Municipal Nº 2011, de 31 de Agosto de 1993. Disponível em: <https://www.leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/lei-ordinaria/1993/201/2011/lei-ordinaria-n-2011-1993-institui-os-conselhos-distritais-de-saude-no-municipio-e-da-outras-providencias-2009-11-03.html> [Acesso em: 01/10/2013]

14- RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Lei Municipal Nº 5.140, de 2009. Disponível em: <http://ceaam.net/ptp/legislacao/leis/1994/L5140.htm> [Acesso em: 05/09/2013].

15- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Luta Pela saúde na região Metropolitana do Rio de Janeiro. Série D; Reuniões e Conferências; Brasília – DF; 2006.

16- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Série E. Legislação em Saúde. Brasília, 2012.

17- NETO, A. F. P. Conselho de Favores, controle social na saúde: a voz dos seus atores. Rio de Janeiro; Garamond, 2012.

18- BAHIA L; SALM C; MALTA M.M. A participação social e a construção do SUS: anotações sobre as trajetórias dos movimentos sociais, e proposições acerca dos conselhos e conferências de saúde. [Acesso em: 24/09/2012] Disponível em: www.leps.ufrj.br/gestaops/apartsocialeconstSUS.html.

19- OMS - Organização Mundial De Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. [Acesso em: 21/09/2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

20- BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.

21- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; Março 1986. [Acesso em: 10/10/2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

22- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Acesso em 23/09/2012]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/i8080>.

23- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Acesso em 05/10/2012]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/18142.hmt>.

24- SPOSATI A; LOBO E. Controle Social e Políticas de saúde. Cad. Saúde pública. Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, out/ dez, 1992.

- 25- BRASIL. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília. Ministério da Saúde, 1992.
- 26- BRASIL. Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília. Ministério da Saúde, 1996.
- 27- BRASIL. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
- 28- BRASIL. Ministério da Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.
- 29- LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: visão macro e micro. Revista de Ciências Sociais, v.6, n.1, jan- jun. 2006.
- 30- SÃO PAULO. Lei Municipal Nº 13.716, de 07 de janeiro de 2004. Dispõem sobre os conselhos gestores de unidades de saúde. [Acesso em: 23/09/2012]. Disponível em: www.jusbrasil.com.br/legislação/809854/lei-13716-saopaulo-0.
- 31- FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. Guia para implantação e desenvolvimento dos colegiados gestores em USF. Salvador, 2010. [Acesso em 23/09/2012]. Disponível em: [www.fessus.net.br/guiadotrabalhador/GUIA_CG\[1\].pdf](http://www.fessus.net.br/guiadotrabalhador/GUIA_CG[1].pdf).
- 32- RIO DE JANEIRO. Regimento Interno do conselho de gestão participativa da unidade hospitalar/ HFB. Rio de Janeiro, 2006. [Acesso em: 15/09/2012].Disponível em: <http://www.in.gov.br/materiais/xml/do/secao1/1660501.xml>.
- 33- RIO DE JANEIRO. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Ante Projeto de Lei: Institui os conselhos gestores nas Unidades de Saúde, dispõem sobre a sua composição e atribuições e dá outras providências; 2011. Disponível em: <http://gov->

rj.jusbrasil.com.br/legislacao/87331/indicacao-legislativa-525-2001?ref=home [Acesso em 01/10/2013].

34- RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal. Projeto de Lei Nº 484, de 10 de novembro de 2009. Dispõem sobre a criação dos grupos gestores locais nas unidades de saúde. [Acesso em: 15/09/2012]. Disponível em: mail.camara.rj.gov.br/APL/legislativos/scpro0711.nsf/4b46b3cdbba990083256cc900746cf6/1c85.

35- VALLA. V. V. A Crise de Interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. Rev . Educação e realidade, 21(2) 177-190, Jul/Dez, 1996.

36- GOHN M. G. Conselhos gestores e participação sociopolítica. São Paulo. Editora Cortez, 2000.

37- AMANN, S.B. Considerações Críticas sobre o Conceito de Participação. In: Serviço Social e Sociedade nº 5, ano 2. São Paulo: Cortez, 1981. p. 147-156.

38- PATEMAN, Carole. Participação e Teoria Democrática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

39- SILVA, M. Z; BRITO JUNIOR, B. T. Participação social na gestão pública: olhares sobre as experiências de Vitória. São Paulo: Annablume, 2009.

40- BOBBIO, NORBERTO, MATEUCCI, NICOLA, PASQUINO, GIANFRANCO. Dicionário de Política: L-Z. V. 2, 12 ed. Brasília. UNB: 2002.

41- MOISÉS, J. A. "Citizens' Evaluation of Democratic Institutions and The Quality of Democracy in Brazil". Paper to the 20th IPSA World Congress, Fukuoka, 8-13 July 2006.

- 42- VALLA V; STOTZ E. N. Participação popular, educação e saúde: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1993.
- 43- Rocha, R. A gestão descentralizada e participativa. Revista Pós Ciências Sociais. V.1 nº. 11. São Luis/ MA. 2009.
- 44- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, abril 1995.
- 45- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2010.
- 46- TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.175p.
- 47- MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1996. 296p.
- 48- MENDES, E. V. et al. Territórios: Conceitos chaves. In: Mendes, E. V. (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- 49- COMUNIDADE NA SAÚDE. Informativo do projeto participação cidadã na gestão da saúde. Manginhos rj maio e agosto de 2011. disponível em: www.ensp.fiocruz/participacaocidada.
- 50- MANGUINHOS (Bairro do Rio de Janeiro). Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Manguinhos_\(bairro_do_Rio_de_Janeiro\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Manguinhos_(bairro_do_Rio_de_Janeiro)). [Acesso em: 15/12/2012].
- 51- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/ 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):5-25.

52- MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M.. Técnicas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

53- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70: 1995.

54- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

55- TOSI, G. M. A. T. O papel dos conselhos Municipais como mecanismo de participação popular: A experiência do Município de Franca – SP. Rev. Eletrônica do Instituto de Estudos Avançados em Controle e Democracia, 2012. Disponível em: <http://ieacd.com/revista/O%20papel%20dos%20Conselhos%20Municipais%20como%20Mecanismo%20de%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20Popular.pdf> [Acesso em:01/09/2013].

56- INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS ipea. Conselhos Nacionais: Perfil e atuação dos conselheiros. Relatório de Pesquisa. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatoriofinal_perfil_conselhosnacionais.pdf [Acesso em:01/10/2013]

57- GOHN, M. G. M. O Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Urbana In: Repensando a Experiência Urbana na América Latina: questões, conceitos e valores ed. Buenos Aires : CLACSO, 2000.

58- SILVA, M. Z; JUNIOR, B. T. B. Participação Social na gestão Pública: Olhares sobre as experiências de Vitória- ES. Ed. Annablume. São Paulo, 2009.

59- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Participativa e cogestão. Série B. Textos Básicos de saúde. Brasília – DF, 2009.

- 60- GUIZARDI, Francini Lube and CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.4, pp. 1245-1265. ISSN 0103-7331.
- 61- WENDHAUSEN, Á.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em santa catarina, Brail. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.6, p.162- 28, 2002.
- 62- BRANDÃO, E. A vontade política. Disponível em: portalamazonia.globo.com/pscript/artigos/artigo.php?hartigo=675. [Acesso em 01/10/2013].
- 63- ABRAHÃO A. L. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. *Ciência e saúde coletiva* vol.13 n°1. Rio de janeiro Jan/ Fev.2008.
- 64- DINIZ K. M. R; TEIXEIRA F. P; OLIVEIRA R. C. Avaliação da influencia da gestão colegiada na Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Rev. Eletrônica Mensal da SMSA-PBH*. Ed. N° 22; Outubro de 2003. [acesso em 20/09/2012]. Disponível em: www.pbp.gov.br/smsa/bliblioteca/saudedigital/outubro2003/gestãocolegiada.html.
- 65- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Básico para trabalhadores e gestores do SUS. Série B. Textos Básicos de saúde. Brasília 2007.
- 66- PIMENTEL A. O Método de análise documental: seu uso em uma pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, n.114, p 179- 195, novembro, Londrina, 2001.
- 67- CECÍLIO L. C. O. Colegiado de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.
- 68- FARIA H. P; SANTOS M. A; AGUIAR R. A. T. Gestão colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. *Rev. Eletrônica Mensal da SMSA-PBH*, edição N°22, Out, 2003. Disponível em: <http://www.php.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/outubro2003/especialização.html>. [acesso em: 15/10/2012].

69- DINIZ K. M. R; TEIXEIRA P. T; OLIVEIRA R. C. Avaliação da influencia da gestão colegiada na Secretaria Municipal de saúde de Betim. Rev. Eletrônica SMSA-PBH, Edição N° 22, Out, 2003. Disponível em: <http://www.php.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/outubro2003/especialização.html>. [Acesso em: 24/09/2012].

70- BOBBIO, N. O Futuro da Democracia. Trad. Marco Aurélio Nogueira. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2000.

71- MITSUKO A apud PIMENTEL A. O método da análise documental: o seu uso em uma pesquisa historiográfica. Cadernos de Pesquisa, n. 114, p. 179-195, novembro/ 2001.

72- CERVO; BERVIAN, 2002 apud FIGUEIREDO N.M.A. Método e Metodologia na pesquisa científica. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Difusão;2004.

73- SOUZA M. C; DESLANDES S. F; NETO O. C; Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1994.

74- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Resolução nº 431, de 14 de abril de 1993. Cria na cidade do Rio de Janeiro as áreas de planejamento sanitário. Rio de Janeiro, 1993.

75- CAPUTO, Dante (Coord.). A Democracia na América Latina: rumo a uma democracia de cidadãos e cidadãs. PNDU – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Tradução: Mônica Hirst. Santana do Parnaíba:LM&X, 2004.

76- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. [Acesso em: 21 set. 2012].Disponível em:

http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>.

APÊNDICE I

Entrevista



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Entrevista com os Gestores Locais

Área Programática: _____

1- Categoria Profissional do Gerente/ Diretor: _____ Idade: _____

2- Tempo de Experiência Profissional:

3- Formação na Área Saúde Pública:

4- Quanto tempo funciona o colegiado gestor da sua unidade?

5- Qual é a periodicidade das reuniões?

6- O Colegiado Gestor possui:

Regimento Interno ()

Elaboração de Atas das Reuniões ()

Divulgação das deliberações/ pactuações/ discussões ()

Especifique: _____

7- Quantos membros possuem o seu colegiado?

8- Quais são as representações existentes no seu colegiado:

Setor ()

Categoria ()

Setor e Categoria ()

Equipes de Trabalho ()

Cargos Gerenciais ()

Usuários ()

Outros () Especifique: _____

Organização e composição:

9- Qual é a dinâmica de funcionamento do Colegiado gestor da sua unidade?

10- Na sua opinião como é a participação do usuário no espaço do colegiado?

11- Quem são os atores sociais que ocupam esse espaço? E o que/ quem eles representam?
Como foram escolhidos?

12- Como o usuário consegue utilizar o espaço do colegiado gestor para expressar suas demandas e problemas?

13 – No processo decisório como ocorre a participação intersetorial?

Gestor

14 - Enquanto gestor como você compreende a participação na saúde?

15- Como você atua no espaço dos colegiados gestores? Na sua opinião qual é o papel que o gestor deve desempenhar?

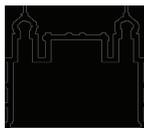
16- Cite pontos positivos e negativos da participação popular (usuários) no Colegiado Gestor?

17- Enquanto gestor como se dá a tomada de decisão na sua unidade, tendo em vista a existência do Colegiado Gestor?

18- Quais as propostas dos usuários já foram incorporadas no processo de gestão do serviço de saúde?

APÊNDICE II

Roteiro de Observação



**Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



Roteiro da Observação

- Adesão da População dos espaços.

Existem representantes da população presentes na reunião?

- Princípio da Paridade.

Em que número está representada a população, este número é paritário aos outros representantes?

- Como se dá a participação dos representantes populares.

Estes representantes têm direito a fala, voto etc...

- Publicização das informações a perspectiva da população.

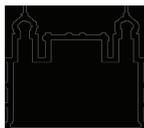
Os participantes tem acesso às informações a cerca do objetivo do espaço participativo e suas deliberações?

- Fomento à participação popular.

O gestor local viabiliza a participação e fomentando a utilização do espaço por parte da população?

APÊNDICE III

Roteiro para Análise Documental



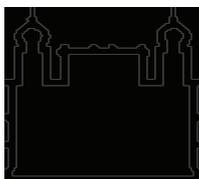
Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Roteiro para Análise Documental

- **Características da participação dos usuários;**
- **Frequência dos usuários e gestores nas reuniões;**
- **Caráter das discussões:** Deliberativas, Consultivas, informativas, Educação em Saúde, Educação popular/ Educação Permanente em Saúde;
- **Característica da participação dos gestores locais.**

APÊNDICE IV



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **A Participação Popular nos Colegiados gestores de unidades da Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro.**

Desenvolvida por Waleska Menengat Corrêa Floresta, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Willer Baumgarten Marcondes.

Este estudo tem como objetivo geral investigar a dinâmica da participação nos espaços dos Colegiados Gestores das unidades de saúde, da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro. Tendo com um dos objetivos específicos analisar a participação existente na perspectiva do gestor local.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas de um roteiro de entrevista com instrumento semi-estruturado sobre a dinâmica do funcionamento do colegiado gestor e aspectos relacionados à participação. Ao final deste documento o participante deverá optar pelo modo de realização da entrevista, autorizando ou não a gravação da entrevista, que tem tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos e serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e o seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Ressalto que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. De maneira que qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Cabe informar que os resultados deste estudo serão divulgados em artigos científicos e na dissertação.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua participação nesta pesquisa é o de colaborar com os resultados desta pesquisa que podem subsidiar esforços visando sinalizar alguns caminhos para o fortalecimento da participação popular nos espaços colegiados dos pontos de atenção da Atenção Primária em Saúde.

Este Termo foi redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Waleska M. Corrêa Floresta
Discente do Mestrado Profissional - ENSP/ FIOCRUZ

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Pesquisador Responsável: Waleska Menengat Corrêa Floresta

Endereço: Rua São Godofredo, S/nº - Penha

Fone: (21) 9683-0770 E-mail: waleskafloresta@gmail.com

() Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar autorizando a gravação da entrevista.

() Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar, porém **NÃO** autorizo a gravação da minha entrevista.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

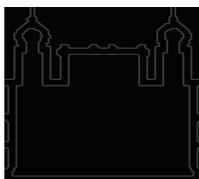
Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

APÊNDICE V



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

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



TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu Waleska Menengat Corrêa Floresta, abaixo assinado, pesquisadora envolvida no projeto de título: A Participação Popular no Colegiado Gestor das unidades de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, sob orientação do Prof^o Dr^o Willer Marcondes, me comprometo em a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos da Unidade de Saúde _____, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/96 do Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a investigação da dinâmica da participação popular no espaço do Colegiado Gestor das unidades de saúde, da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, ocorridos entre as datas de: Janeiro de 2010 até a data presente.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Waleska M. Corrêa Floresta
Discente do Mestrado Profissional - ENSP/ FIOCRUZ

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Pesquisador Responsável: Waleska Menengat Corrêa Floresta

Endereço: Rua São Godofredo, S/nº - Penha

Fone: (21) 9683-0770 E-mail: waleskafloresta@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>