



---

ÁREA TEMÁTICA: Participação Pública e Democracia - grupo auto-proposto

---

Experiência de Participação Pública nos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

---

PEREIRA, Márcio Florentino

Mestre em Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

mfpereira@unb.br

---

### Resumo

Os conselhos de saúde são mecanismos legais e institucionais de controle social da política de saúde no Brasil, que têm a sua organização e funcionamento iniciado com o processo Constituinte de 1988 e com as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde. São fóruns e espaços democráticos de decisão e participação social na construção da política nacional de saúde, de forma deliberativa. Passado os vinte anos de constituição legal dos conselhos de saúde, é hora de analisar, por meio de um balanço crítico, a qualidade da participação pública nos conselhos de saúde. Nesta perspectiva e de acordo com pressupostos democráticos partimos a analisar, em um estudo qualitativo, qual o papel político dos conselhos de saúde. A análise envolveu dezessete conselhos municipais da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal (RIDE-DF), onde se avaliou a qualidade formal e política da participação pública nestes conselhos municipais de saúde. As referências foram as teses sobre a democracia participativa discutidas nos pressupostos teóricos desenvolvidos por Boaventura Sousa Santos, na perspectiva crítica de Reinvenção da Emancipação Social.

Palavras-chave: Saúde, Democracia Participativa, Políticas Públicas e Conselhos.





## 1. A Experiência de Participação Pública nos Conselhos de Saúde no Brasil

### 2. Introdução

As expectativas de democratização nas políticas públicas de saúde surgiram no cenário de reformas propostas nos últimos trinta anos para o Brasil. Reformas construídas com participação, num contexto mundial de transformações políticas, econômicas e sociais profundas. Os conselhos de saúde, na sociedade brasileira fazem parte desse amplo processo social que, desde a década de 1970, vêm convergindo para transformar e reconfigurar democraticamente o espaço público e a relação da Sociedade Civil com o Estado. São conselhos que surgiram por meio de iniciativas dos movimentos populares ou outros que envolveram a realização de projetos de articulação povo/governo e, por último, os conselhos temáticos que foram institucionalizados com o processo de redemocratização da sociedade, com a nova constituição de 1988 (OLIVEIRA, 2004).

Com o Movimento da Reforma Sanitária, foi possível após um processo de mobilização social que envolveu segmentos do Estado e da sociedade civil, assim como intelectuais e cientistas sociais, tornar legal na nova Constituição um Sistema de Saúde universal e integral, com participação da sociedade em instâncias de poder colegiadas. Nesse sentido, o projeto da reforma sanitária no Brasil é resultado de um debate que ocorreu ao longo do século XX entre democracia social e democracia liberal. O conflito entre a ampliação do poder redistributivo do Estado democrático e os interesses de acumulação do capital posto mais recentemente com o Estado mínimo neoliberal (MACEDO, 2005).

A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção e direito social. A década de 90 consolidou como mecanismos fundamentais de participação, as Conferências e os Conselhos de Saúde, que são formas de exercício da democracia participativa que objetivam garantir os direitos de cidadania e saúde.

A instituição e expansão dos conselhos municipais a partir dos ideais da reforma têm como orientação central o aumento da participação direta da sociedade na gestão municipal e da eficiência das políticas públicas, uma nova arena política administrativa reconfigurando os processos decisórios e a capacidade da sociedade de controlar a utilização dos recursos públicos, e ainda, a tomada de decisões mais democráticas de distribuição do bem-estar social (SANTOS JÚNIOR et al, 2004).

Os conselhos não substituem, mas interagem com os poderes instituídos, ou seja, com o Executivo, Legislativo e Judiciário. São compostos por representantes do governo, prestadores, trabalhadores da saúde e usuários. Para ser paritária essa composição, requer que 50% das vagas do Conselho de Saúde sejam ocupadas por representantes dos usuários; 25% pelo gestor e prestadores de serviços ao SUS; e 25% por trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 2005b).

O setor saúde se destaca não só no país, mas também na América Latina, pela criação de Conselhos de Saúde na quase totalidade dos municípios do Brasil, dos quais, por força da lei, os representantes da sociedade civil organizada participam de forma paritária com representantes da autoridade setorial e prestadores profissionais e institucionais de serviços.

Os espaços institucionalizados de participação social no SUS constituem-se em importantes canais para fomentar a efetiva participação da sociedade civil na construção de formas inovadoras de gestão pública, incorporando forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e suas necessidades (GERSHMAN, 2004; GOHN, 2004).

Entretanto, em um país como o Brasil, ainda insuficientemente irrigado pela legitimidade democrática, em que vivenciamos situações tão díspares na sociedade, e que é marcado pelas desigualdades sociais, o avanço democrático está associado às condições concretas do exercício cotidiano da democracia.



Nessa perspectiva, a democracia participativa requer novas formas de distribuição de recursos, as quais devem considerar as necessidades sociais prioritárias. É, pois, necessário adotar de partida os mecanismos de inclusão social dos que estão fora do acesso aos direitos fundamentais e de serviços em saúde para alcançar os segmentos diferenciados que sejam representativos tanto das carências socioeconômicas quanto das demandas sociais (GOHN, 2004).

Os Conselhos de Saúde, como instâncias de participação democrática, se constituem em novos centros de poder, decorrentes principalmente da descentralização do sistema, e contribuem para trazer para o espaço público o debate de demandas da sociedade antes só discutidas pelos responsáveis pela gestão do sistema de saúde (ACIOLI, 2005, ACIOLE, 2007, GERSCHMAN, 2004).

Como visto, o crescente processo de descentralização, sem dúvida, tem permitido avanços na liberdade de organização dos serviços locais (municípios) e na elaboração de políticas próprias, conformando um momento favorável à democratização do espaço territorial com maior possibilidade de intervenção aos grupos de interesse local (SILVA, 2001).

Todavia, os Conselhos Municipais de Saúde apresentam diversas dificuldades, atribuídas, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Cabe lembrar que o movimento popular em saúde e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira (GUERSHMAN, 2004), mas, nos últimos tempos, a deterioração das condições de vida tem impulsionado alguns grupos sociais a se organizarem para reivindicarem por melhoria da qualidade de vida, tornando-os sujeitos potenciais para a construção da democracia participativa (SANTOS, 2006).

O controle social é, sem dúvida, uma inovação política do SUS, sobretudo porque tem sido acentuada a importância da participação social no processo de gestão, ou seja, não apenas na fiscalização, mas também na formulação das políticas públicas de saúde. No entanto, na prática, existem diversas dificuldades com o Poder Executivo, principalmente a falta de autonomia dos Conselhos em relação aos gestores, que tem contribuído para a ocorrência de práticas clientelistas, ausência da cultura de participação e controle social na sociedade e emergência de conselhos cartoriais (GUIZARDI; PINHEIRO; MATTOS; SANTANA; MATTÁ; GOMES, 2004).

A despeito das fragilidades no controle social, os Conselhos de Saúde têm permanecido como organismos deliberativos na implementação de política pública de saúde, e, principalmente, se apropriado do discurso da cidadania e da democracia participativa para operacionalização de políticas focalizadas de Atenção Básica (GERSHMAN, 2004).

Passado os vinte anos de constituição legal dos conselhos de saúde, é hora de analisar, por meio de um balanço crítico, a qualidade da participação pública nos conselhos de saúde. Nesta perspectiva e de acordo com pressupostos democráticos partimos a analisar, em um estudo qualitativo, qual o papel político dos conselhos de saúde. Qual é a qualidade política dos Conselhos de Saúde? Como ocorre o controle social em saúde? Qual é a capacidade dos Conselhos de influenciarem a qualidade da Atenção Básica. A análise aqui apresentada envolveu dezessete conselhos municipais da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal (RIDE-DF), onde se avaliou a qualidade formal e política da participação pública nestes conselhos municipais de saúde. A referência foram as teses sobre a democracia participativa discutidas nos pressupostos teóricos desenvolvidos por Boaventura Sousa Santos, na perspectiva crítica de Reinvenção da Emancipação Social.

Assim, este estudo se justifica porque urge a necessidade de se analisar mais profundamente a dinâmica dos Conselhos de Saúde, considerando que o controle social pela população, desenvolvido mais especificamente pelos Conselhos Municipais de Saúde, é fundamental para a consolidação da reorientação do modelo de atenção com enfoque na Atenção Básica consoante às necessidades de saúde.



### 3. Metodologia da Pesquisa-Ação

Para alcance dos objetivos da pesquisa a de conhecer mais profundamente a dinâmica da organização e funcionamento dos CMS, identificar as fragilidades suas e potencialidades, discutir e construir junto com esses sujeitos os possíveis caminhos para o fortalecimento do controle social em saúde. Além disso, elaborar conjuntamente estratégias e indicadores para monitoramento e avaliação do Controle Social no âmbito da Atenção Básica, optou-se pela utilização da metodologia da pesquisa-ação,

*um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com resolução de um problema coletivo e nos quais os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2002:14).*

Nesta perspectiva, o objeto de mudança coletivo indicado foi facilitar a participação democrática dos conselheiros, por meio do conhecimento e compreensão da prática e da situação onde se produz e desenvolve. Proposta com base na ação e reflexão dos participantes do processo, no caso os conselheiros de saúde da RIDE-DF, onde o compromisso de participação e mudança desejado foi reforçado na organização democrática da ação, com a formação de um grupo coletivo de pesquisa-ação.

Apoiado na pesquisa qualitativa para análise da realidade dos CMS nos utilizamos dos procedimentos da pesquisa-ação que permitem agregar várias técnicas para a elaboração do conhecimento, objetivando o levantamento dos elementos teóricos para subsidiar a elaboração da proposta educativa, propriamente dita, na segunda fase, com a materialização das atividades e oficinas com o objetivo de ampliar a formação dos conselheiros.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: a realização de reuniões com os conselheiros na sua realidade concreta, grupos focais, registros fotográficos; gravações em áudio, conversas informais com os conselheiros, registros documentais, entrevistas semi-estruturadas com gestores.

Inicialmente, um primeiro movimento dos pesquisadores, utilizando-se dos recursos propostos pela etnografia foi conhecer os conselhos e os conselheiros de saúde *in loco*.

Na maioria dos locais visitados da Região do Entorno Sul e de Unai os conselheiros apresentavam as diversas dificuldades vivenciadas nos municípios. Dentre elas, destacavam a falta de conhecimentos para atuação mais efetiva nos conselhos, a falta de capacitações e a baixa participação dos conselheiros. Diante dessa constatação decidiu-se realizar um conjunto de oficinas para aprofundar a identificação dos problemas, assim como trabalhar a formação de conselheiros municipais para atuarem como facilitadores nas ações de educação permanente para participação e Controle e Social em saúde.

A metodologia eleita para realização das oficinas presenciais se deu fundamentalmente via pedagogia da problematização da realidade local com a equipe de conselheiros facilitadores. Toda a dinâmica e articulação dos participantes foram focalizadas nas práticas do controle social, marcada pelos movimentos de reflexão-ação-reflexão, a partir dos problemas decorrentes da estruturação e da participação democrática no SUS.

Como norteadores deste processo de formação do coletivo de facilitadores foram adotados alguns princípios educativos. Dentre eles a valorização do conhecimento prévio do conselheiro, com uma abordagem crítica reflexiva e contextualizada no que tange a conformação sócio-histórica do controle social nos municípios pesquisados, com a valorização da participação, do diálogo e problematização da realidade vivenciada pelos conselheiros, com associação do processo de aprendizagem individual ao processo de aprendizagem coletiva; com formação a partir da experiência da produção coletiva; com articulação constante da teoria com a prática cotidiana; com a busca da autonomia e a sensibilidade com a totalidade da existência humana.

Esta concepção adotada para a formação do coletivo de facilitadores se apóia na abordagem sócio-interacionista, explica o conhecimento mediante a participação, tanto do sujeito quanto dos objetos de



conhecimento na construção de um novo saber. Na oficinas conduzida pelos pesquisadores, houve a preocupação na construção do conhecimento e nas possibilidades de práticas locais, refletir, discutir e enfatizar mudanças a partir dos conteúdos teóricos, das experiências e da realidade de cada conselho.

#### 4. Resultados e Discussão

Foram considerados para análise os conteúdos trabalhados nas oficinas desenvolvidas no processo de qualificação dos conselheiros para o exercício do controle social em saúde, denominadas de (OP). Além disso, os resultados foram sistematizados, a partir dos conteúdos dos grupos focais realizados (GF).

##### 4.1. De onde vieram - como os conselheiros de saúde significam o seu papel, seus desafios e avanços na RIDE-DF

Nos municípios da RIDE-DF, o processo de construção dos conselhos de saúde na sua formação histórica e social apresenta complexidades e diversidades, sendo o próprio perfil do grupo de conselheiros com suas histórias de vida representativas da diversidade social, econômica e cultural presente nestes municípios.

Os municípios maiores apresentam uma formação urbana recente, com base em moradias mais baratas ocupadas por migrantes, que buscam condições de vida e trabalho na região. Nesses municípios as questões mais destacadas foram o desemprego, a falta de lazer, a violência, a prostituição, a dependência química e os problemas ambientais decorrentes da ocupação não planejada destas áreas.

*Os jovens morrem hoje muito mais do que os velhos, porque as pessoas mais velhas estão buscando cada vez mais melhorar a sua saúde, o jovem não, ele chega na rua eu vou enfrentar qualquer um, principalmente o tráfico de drogas, acidentes automobilísticos, arma de fogo, a bebida. (OP)*

Os conselheiros relatam que, antes da criação de Brasília, os municípios se organizavam em torno de núcleos familiares das grandes fazendas e, a partir do fluxo migratório da população da área rural para os centros urbanos locais, acrescidos dos migrantes de diferentes estados que vieram para essa região, com uma diversidade cultural, tem repercutido na dificuldade em ter uma identidade sócio cultural própria. Trazem, nos seus depoimentos, o descaso do Governo com as questões sociais na região Centro-Oeste e a decisão de criação de Brasília por parte do governo representou um marco para o desenvolvimento urbano social da região, mesmo com os conflitos associados a desapropriação de terras, e influenciou sobremaneira na organização social dos municípios. Paradoxalmente, esse investimento para o Distrito Federal é sentido pelos conselheiros da Região do entorno, como que de exclusão e abandono do discurso do projeto de desenvolvimento para o Brasil, pelo descaso do governo federal e estadual envolvidos em desenvolver políticas públicas sociais para essa região do entorno. As melhorias com a qualidade de vida são associadas com as conquistas obtidas a partir de 1990.

*O nosso município, como em todos os municípios do Entorno, como nós sabemos, no passado o governo não tinha preocupação de buscar o desenvolvimento para a região do Entorno, dos Municípios fora da cidade de Brasília. Não tinha aquela preocupação de fazer os investimentos adequados para suprir as suas necessidades na área de saúde, educação, segurança, transporte, infra-estrutura. Hoje os municípios sofrem com isso, porque de um tempo para cá é que começaram a preocupação, com o desenvolvimento, com o nível de vida, de dar uma qualidade de vida melhor para as pessoas. Porque as pessoas não tinham isso no passado, tudo era difícil, o transporte, o sistema de eletricidade, água potável, o sistema de fossas, não eram fossas, as pessoas iam para o mato, não tinha uma preocupação com a higiene, não tinha uma preocupação com uma alimentação de qualidade. Os médicos eram os funcionários que trabalhavam na Fundação Nacional de Saúde, a FUNASA hoje, o pessoal da SUCAM que davam orientações para as pessoas, até uns vinte, trinta anos existia isso. (OP)*

Verifica-se na história desses municípios, a reprodução histórica das três crises associadas com as tentativas de rompimento com a prática oligárquica nos países capitalistas: a de integração nacional, a de participação política e a de distribuição de riqueza, que traziam no seu bojo, “as possibilidades para a



inclusão de novos segmentos da população no universo da [redacted] pobres, direitos sociais (como os relativos à saúde e à educação), extensão do direito de votos, entre outros temas” (LIMA et al, 2005)

O processo de organização social dos municípios da RIDE-DF, pelos relatos dos conselheiros facilitadores, acompanham a lógica da organização dos movimentos sociais no Brasil que se operam na passagem do Brasil rural para o Brasil urbano nos anos 50, e mais na frente, na década de 70 a 80, influência da conjuntura política da mudança do regime militar com a democracia (GERSCHMAN, 2004).

Com a consolidação de Brasília e a permanência do descaso público com políticas sociais nesses municípios e devido, também, à ausência de políticas públicas para a população rural, acentuou-se processos de exclusão e de desigualdade social, o que levou essas populações do entorno a buscar os centros urbanos mais próximos, Brasília ou Goiânia, para usufruir das políticas públicas inclusivas, principalmente, acesso a emprego, saúde e educação. A partir da década de 80, observa-se movimento migratório de população urbana para vários desses municípios do entorno desencadeado pelo desejo de buscar o atendimento às necessidades básicas, emprego, educação, saúde, entre outros aspectos, o que levou a vários desses municípios a se caracterizarem como cidades dormitórios, em face a estreita dependência social financeira com o Distrito Federal.

*A maioria das pessoas nossa trabalha em Brasília, praticamente em torno de 75% da população trabalha em Brasília, porque não tem uma preocupação com o setor industrial, outro problema sério é a falta de qualificação dos nossos trabalhadores, a maioria é doméstico, trabalha nas construtoras, trabalha no pesado, de uns tempos para cá vem mudando a preocupação com a mão-de-obra. (OP)*

#### 4.2.O período de criação dos conselhos municipais da RIDE-DF

Tabela 14- Distribuição dos 20 conselhos de saúde pesquisados da RIDE-DF, segundo data de criação. 2007

Município	Data	Marcos Históricos
Brasília	1973	Antes da Constituição Federal de 1998
Unai	1991	Após NOB 01/1991
Pirenópolis	1991	
Formosa	1991/1998*	
Buritis	1991+	
Água Fria de Goiás	1992+	
Alexânia	1993	Após NOB 01/1993
Cristalina	1994	
Vila Boa	1994	
Luziânia	1995	
Cidade Ocidental	1997	Após NOB 01/1996
Novo Gama	1997	
Abadiânia	1997+	
Cabeceira Grande	1997+	
Águas Lindas de Goiás	1997+	
Planaltina de Goiás	1999/2001*	
Valparaíso de Goiás	2001	
Santo Antônio do Descoberto	2001	
2003+Cocalzinho de Goiás	2001+	
Padre Bernardo		

\* Data de reativação do conselho

Fonte: Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS, Ministério da Saúde, 2003

Os dados da Tabela evidenciam que os conselhos foram criados a partir de 1990, a exceção do Distrito Federal, mais por força das secretarias municipais de saúde dos Estados, pressionadas por instrumentos





normativos para estabelecerem políticas públicas e ações comprometidas com as condições de saúde da população. Os conselheiros reconhecem que a criação dos conselhos municipais na RIDE-DF deveu-se fortemente influenciada pelas administrações, tendo em vista, a pouca cultura associativa popular para a participação social e a exigência legal para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Acrescentam, que para o processo de criação dos conselhos, os municípios ou os estados, por meio de suas gerências regionais ou locais, nas pessoas dos secretários de saúde, desencadearam um movimento de contatos com as lideranças ou entidades para que constituíssem os conselhos.

Considerando a linha do tempo dos conselhos de saúde nos municípios da RIDE-DF, podemos perceber que o processo de criação dos conselhos não surgiu como resultado da organização e da participação cidadã direta nessas localidades. Foi fruto de uma conquista mais geral de democratização do Estado brasileiro e de suas políticas públicas que repercutiu nos municípios e na sociedade. Embora os conselhos já tenham uma forma de organização de movimentos sociais como Associação de moradores, Associação dos idosos, dos trabalhadores rurais e dos funcionários públicos, mas não com uma lógica de participação democrática, mas principalmente na lógica assistencialista.

*Na verdade, o Conselho caiu de pára-quedas, porque eu faço parte do Projeto Conte Comigo, que é uma associação sem fins lucrativos que visa ajuda da população, então já participava de ajuda comunitária não na parte de saúde, mas na parte em geral. (GF)*

Ao narrar as histórias dos seus municípios, os conselheiros revelam que os municípios, com suas comunidades locais, não possuíam uma tradição de participação popular para atender à nova modalidade de definição e gestão da política de saúde conformada pela democracia institucional. No entanto, os conselheiros apontam razões históricas e políticas nos municípios para o desenvolvimento da capacidade de participação dos representantes conselheiros e da população.

*Eu tive muita dificuldade de participar, às vezes a gente quer cobrar soluções dos usuários, mas se nós formos estudar um pouquinho da história do nosso país, nós vamos ver que nós brasileiros, nós nunca fomos ensinados a participar. Nós vivemos uma ditadura militar muito recente no nosso país, nós somos realmente forçados, as pessoas que realmente atuam naquele momento, foram muito prejudicados, perderam até as vidas deles, isso realmente, a história do nosso país fez com o povo brasileiro não tenha um espírito de participar, eu vejo que isso é uma coisa histórica, hoje já mudou, porque o povo já participa mais. (GF)*

Nos últimos cinco anos, observa-se um movimento em alguns municípios, um processo de urbanização mais intenso, criando maior autonomia social, cultural e financeira em relação ao Distrito Federal, o que tem permitido maior fixação da população local e melhorando o atendimento das necessidades sociais da população, como Luziânia, Valparaíso, Formosa, Águas Lindas e Buritis.

A desigualdade se acentua pela especulação imobiliária urbana e pela posse da terra nos municípios com características agrárias. A região foi absorvida pelos interesses econômicos nacionais e internacionais, como área de produção de grãos para exportação e consumo dos grandes centros urbanos do país. É uma produção intensiva, que utiliza alta tecnologia, que reconfigura os antigos latifúndios em modernas fazendas de agronegócios. Paralelamente, a isso, evidencia-se o movimento migratório dos trabalhadores rurais para os centros urbanos, e a permanência das precárias condições de vida dos trabalhadores rurais, extensivo as mulheres e crianças, com desrespeito aos princípios trabalhistas e educacionais e violação dos direitos sociais e ambientais, acrescida da violência da polícia armada.

As denúncias de violências no campo e a luta para assegurar a reforma agrária, a sustentabilidade ambiental e os direitos humanos, econômicos e sociais das populações rurais podem ser aprofundados no relatório nacional sobre a situação dos direitos humanos e a reforma agrária no Brasil; na campanha nacional e internacional, lançado pelo Fórum Nacional de Reforma Agrária; no Relatório Nacional sobre Direitos Humanos no Brasil - 2002-2005; e ainda, no Relatório de Direitos Humanos no Brasil 2007.





No contexto da RIDE-DF, os conselheiros relatam que não tem havido um reconhecimento do espaço do conselho e nem disputas em ocupá-lo, seja por falta de tradição de movimentos sociais organizados locais, como também, pelas questões político-partidárias envolvidas, todavia, percebem o conselho de saúde como um importante instrumento em defesa dos interesses dos usuários, afirmam ainda ser um processo em construção e muito a ser aprendido.

Os conselheiros reconhecem que a criação dos conselhos de saúde, apesar das limitações, ampliou o espaço para a participação social nos municípios. Entretanto, o início do processo foi difícil à participação das entidades, tendo em vista o baixo nível de consciência e organização da comunidade local, o que levou a criação dos conselhos de saúde, baseada em processos formais e legais, extremamente burocratizados e com pouca participação e mobilização para o exercício desse direito, gerando, em muitos casos, uma descaracterização da participação e da representatividade nos conselhos. Isso associado à forte presença das administrações na criação dos conselhos resultou uma formação pouco representativa, com distorções na escolha e representação, pouca autonomia das lideranças ou membros indicados por cooptação aos interesses locais.

*Eu acho que a dificuldade é essa, a maioria dos conselheiros são escolhidos pelos prefeitos e quando o prefeito muda, e outra coisa também, ele só escolhiam os conselheiros, pelo menos na minha cidade, eu vi também que em... acontecia isso também, escolheu os conselheiros só para aprovar os balancetes. (GF)*

Os conselheiros também indicaram uma maior participação nos últimos anos em comparação com o período inicial de criação dos conselhos de saúde nos municípios da RIDE-DF.

*Quando no início do ano passado para cá é que a coisa mudou, porque foi a visão do secretário de saúde que viu que, antes de começar qualquer atividade aí, tem a participação do conselho. (GF)*

*Só que mudou as coisas, de dois anos pra cá mudou... porque eu acho que depois que nós começamos a participar mesmo, muita coisa melhorou. (GF)*

*Então as pessoas foram abrindo mais a mente, vendo as coisas, aí reúne mais os conselheiros, tendo mais reuniões, por isso, que cada dia tem melhorado o nosso sistema, o conselho municipal. (GF)*

No Brasil, o processo de descentralização da saúde indica duas centralidades na proposta, uma que é estratégica e vê, na implementação de ações programáticas voltadas para a família e no trabalho de equipes locais (Programa de Saúde da Família), a possibilidade de ampliação do acesso e da cobertura e mudança no modelo de atenção com base na integralidade e unicidade do sistema. Outra idéia que remete ao processo de municipalização uma lógica racionalizadora, de maior eficiência na utilização dos serviços e nos gastos, esvaziando o caráter mais político do debate e privilegiando uma perspectiva de gestão mais centralizada das agendas e dos recursos financeiros.

O controle social pela população é fundamental para a reorientação do modelo de atenção com enfoque nas necessidades das pessoas. Portanto, novas questões se colocam em compreender e analisar o espaço do controle social, ainda que institucionalizado, como espaço político que põem em cena novos interesses, imaginários, representações e práticas. É uma situação de partida para a participação cidadã e o controle público e não de chegada. É o exercício de criação de uma nova cultura política de representação democrática.

Segundo Gohn (2000), é necessário um repensar crítico e criativo sobre esses canais de participação democrática, para que efetivamente cumpram suas funções. Os conselheiros ao adotarem uma postura investigativa da constituição no Distrito Federal e região do Entorno, das suas dimensões e determinantes históricas, sociais e culturais dos grupos sociais, permitiu-lhes com esse processo pedagógico, trabalhar a concepção de territorialização; identificar os problemas decorrentes da estruturação e funcionamento da organização social e do controle social e as necessidades de priorização na gestão social nas políticas de saúde, como também refletir sobre estratégias/soluções que ampliem os espaços de participação política e cidadã.



## 5.Considerações Finais

O controle social nos municípios da RIDE-DF conforma-se como instrumento e estratégia de fiscalização, de controle e de sustentação do Sistema Único de Saúde e do exercício para a cidadania. Constituem-se espaços de correlação de forças e de mediação de conflitos de interesses entre os representantes usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço do conselhos municipais de saúde. Essa capacidade de mediação entre o estado e a sociedade apresenta-se de forma muito heterogênea nos municípios quanto à organização e ao funcionamento no que diz respeito à capacidade de influência e de deliberação na gestão na definição de políticas públicas das secretarias municipais de saúde.

Observa-se que a representação e a legitimidade dos membros conselheiros mostram-se frágeis, pois enfrentam dificuldades de participação e mobilização social nos municípios. Os conselheiros consideram que o desafio do controle social da saúde está na conquista da autonomia dos representantes da sociedade, ou seja, o fortalecimento dos sujeitos, para o exercício da participação social na perspectiva da democracia cidadã.

Evidencia-se a necessidade de investimento no processo de formação dos conselheiros para o exercício competente no processo negociação de deliberação da tomada de decisão que leve em questão os interesses coletivos e não os individualizados ou corporativistas, ou seja, a possibilidade de estabelecer uma nova relação do Estado e a sociedade, que expressem na atividade dos conselheiros de saúde um papel de maior responsabilidade com as necessidades de saúde locais e maior envolvimento com a gestão da política pública.

O controle social para os conselheiros dos diferentes segmentos, é um instrumento valorizado e importante para a busca da descentralização dos processos decisórios para a transformação e democratização do proposto pelo SUS. A Participação poderá ser ampliada e qualificada com acesso de conhecimento e de motivação para a participação desenvolvida de forma permanente pelos diversos segmentos envolvidos com a saúde nos municípios. Estratégias pedagógicas voltadas para uma Educação para o exercício democrático e participativo, construindo um perfil desejado de práticas, saberes e valores focados no direito à saúde e à vida da maioria dos cidadãos.

Nesses municípios, tem-se uma avaliação da melhoria das condições de vida e do acesso a saúde, decorrente da reforma sanitária/SUS e do fortalecimento da política e ações da atenção básica. Contudo, em função da reestruturação produtiva e do processo de urbanização crescente, se fazem acompanhadas por processos de desigualdade e exclusão social, pois não dão conta dos problemas decorrentes do processo crescente de urbanização com o deslocamento da população rural para os centros urbanos, o aumento da populacional, a precariedade do sistema de saneamento básico, o desemprego, o envelhecimento populacional e o aumento de violência por causas externas, entre outras.

A política de atenção básica instituída nos municípios por meio da equipes do PFS possui diferentes lógicas, no que tange ao modelo técnico assistencial, com tendências para a universalização e a focalização, evidenciando a necessidade de novos saberes e práticas para a concepção do objeto, a centralidade da família.

Para assegurar nas políticas públicas a proteção dos direitos sociais conselho de saúde, é importante pensar em estratégias de fortalecimento da mobilização e participação popular em seus diferentes espaços sociais, como também em desenvolvimento de ações intersetoriais.

Verifica-se a necessidade da implicação dos conselheiros para processos de aprendizados para o exercício da democracia participativa, de compartilhamento de poder, reforçando a representação e a legitimidade para a atuação da função na defesa dos interesses da população mais vulnerável e do Sistema Único de Saúde, conforme assegurado na Constituição, estabelecendo novas relações entre a sociedade e o Estado para políticas.



A opção metodológica da pesquisa-ação para a qualificação dos conselheiros mostrou-se adequada à reflexão e à problematização da realidade dos Conselhos de Saúde e da questão da saúde, com os seus determinantes sociais, propiciando a aquisição de competências e habilidades para a formação de sujeitos políticos e a capacidade para deliberar e influenciar os rumos das políticas de saúde comprometidas para processos de transformação da realidade. A possibilidade de definir indicadores para a qualidade política formal na atuação dos diversos segmentos representados permite a compreensão de interesses envolvidos na representação do controle social, mas que, pela comunicação dialógica, é possível a negociação para criar consensos na definição das intervenções de saúde na gestão do SUS.

## 6. Referências Bibliográficas

- ACIOLE G.( 2007), Das dimensões pedagógicas para a construção social da cidadania no exercício do controle social. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo: v. 11, n. 23, pp. 409-25.
- ACIOLI, S.( 2005), “Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas”, em PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs). *Construção social da demanda, direitos à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, pp. 293-303.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005), *ParticipaSUS, Política Nacional de Gestão Participativa no SUS*. Secretaria de Gestão Participativa/MS. Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007), *Perfil dos conselhos de saúde do Brasil*. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1103](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1103) , [Data de acesso: 19 de Maio de 2008].
- FORUM NACIONAL PELA REFORMA AGRÁRIA E JUSTIÇA NO CAMPO( 2008), *Campanha internacional e nacional Reforma agrária: sustentabilidade ambiental e direitos humanos*. Disponível em: [http://www.abong.org.br/novosite/download/reforma\\_agraria.doc](http://www.abong.org.br/novosite/download/reforma_agraria.doc), [Data de acesso em: 26 Março de 2008].
- GERSCHMAN, Silvia( 2004), “Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares”. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v. 20, n. 6, pp.1670-1681.
- GOHN, M. G( 2004a), “Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais”. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 13, n. 2, pp. 20-31.
- GOHN, M. G ( 2004b), “Os conselhos municipais e a gestão urbana”, em SANTOS JUNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio (Orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, pp.57-93.
- GOHN, M. G ( 2005), *O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGS e redes solidárias*. São Paulo: Cortez.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. (2006), “Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 11, n. 3, pp. 797-805.
- GUIZARDI, L. B. et al.( 2004), “Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. Physis”. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.14, n. 1, pp. 15-39.
- LIMA, J. C. ( 2003), “Descentralização e accountability em uma região de saúde”. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, pp. 221-233.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto (2005), “A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica”, em LIMA, N. T. et al. (Orgs). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.



MACEDO, Laura Christina (2005), *Participação e controle social na área da saúde: uma revisão bibliográfica*. 118p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto.

MATTOS, R (2005), “Direito, necessidades de saúde e integralidade”, em PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.), *Construção social da demanda, direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ: ABRASCO.

NORONHA, J. C.; SOARES, L.T.(2001), “A política de saúde no Brasil nos anos 90”. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 6, n. 2.

OLIVEIRA, V C.(2004). “Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde”. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 13, n. 2, pp.56-69.

RELATÓRIO DIREITOS HUMANOS NO BRASIL (2007), *Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*, Disponível em: [http://www.direitos.org.br/index.php?option=com\\_remository&Itemid=99&func=fileinfo&id=183](http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=99&func=fileinfo&id=183) [Data de acesso: 27 de Março de 2008].

RELATÓRIO NACIONAL SOBRE A SITUAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E A REFORMA AGRÁRIA NO BRASIL. Centro de Justiça Global, Comissão Pastoral da Terra, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/integracao/dhnet/reagraria.htm> [Data de acesso: 28 de Março de 2008].

SANTOS JUNIOR, Orlando Alves; AZEVEDO, Sérgio; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz. (2004), “Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos” em: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio (orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, pp.11-56.

SANTOS, Boaventura de Sousa (2002), “Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa”, em: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). *Reinventar a Emancipação Social. Para Novos Manifestos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. (2003), “Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde”. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, p. 234-242.