

## PRÁTICAS POLÍTICAS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE : QUAIS AS REPRESENTAÇÕES DOS SUJEITOS?

Ribeiro, F.B; Nascimento, M. A. A

Resumo: Estudo sobre a prática política dos sujeitos no processo de implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em um município da Bahia, tendo em vista os interesses dos sujeitos representados no processo de participação social, com objetivos de identificar as práticas dos sujeitos na construção desses CLS, assim como discutir os entrave(s), a(s) conquista(s), e a(s) possibilidades(s) para a construção / efetivação dos CLS em defesa da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que seu objeto de estudo é um fenômeno social. O campo de investigação foram unidades de saúde da família do município, que se encontrava em processo de implantação dos Conselhos Locais de Saúde, a partir das comissões de saúde, tanto na zona urbana quanto na zona rural. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise documental. Participaram neste estudo dois grupos de sujeitos: informantes chave (06) e membros das comissões locais de saúde (11 sujeitos). Os dados foram analisados na perspectiva da hermenêutica e dialética, com a compreensão (Hermenêutica) do processo dinâmico do controle social, tendo como base uma visão crítica (Dialética) das relações estabelecidas na realidade em construção. Os resultados apontaram algumas práticas desenvolvidas por tais sujeitos como: ações educativas, realização de multirões de saúde, mudanças no processo de trabalho das unidades. Ainda, observamos concretamente a necessidade do 'empoderamento' dos sujeitos que fazem parte deste processo, para que possam transformar a realidade do Sistema Único de Saúde, para que realmente ocorra a legitimação da co-gestão da saúde com a participação popular. Além do mais, no processo de construção desses CLS permeiam entraves políticos, dentre eles a manipulação dos gestores, falta de participação efetiva da população, ausência de um processo de educação permanente, desmotivação social. Contudo, ainda que de forma lenta e gradual, apresentamos avanços representados pela legitimação da participação, formação das Comissões de saúde, regulamentação dos CLS, apesar da fragilidade do protagonismo social dos sujeitos cidadãos na gestão da saúde. Para tanto questionamos: quais os interesses desses sujeitos no controle social? A quem serve?

Palavras-Chaves: Controle Social, Participação comunitária, Conselhos de Saúde

## **Introdução:**

O Controle Social, diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se conformando a partir de uma luta histórica dos segmentos sociais, principalmente por um processo político de construção da participação popular. Há aproximadamente 20 anos, a lógica desse mecanismo consiste na democratização de gestão em saúde e na garantia da presença da comunidade na formulação das políticas de saúde.

A criação dos Conselhos de Saúde, na década de 1980, representou um imenso avanço para o exercício do controle nos serviços da gestão da saúde. Dessa forma, estendeu-se o poder da representação popular à construção e gestão da política de saúde (ASSIS, 2003; LABRA, 2006<sub>a</sub>).

Duas décadas se passaram desde a constituição de 1988, que estabeleceu a base legal, com a lei 8.142/1990, quanto à participação popular na gestão em saúde. Contudo, o controle social ainda esbarra em cenários políticos desfavoráveis à sua real efetivação, como é o caso de gestores que manipulam a composição de Conselhos de Saúde (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). Não obstante, sua implantação acumulou avanços na medida em que a lei 8.142/90 foi regulamentada e a sociedade ocupou espaços para exercer o controle do Estado (DALLARI et. al., 1996). Entretanto, acreditamos que é necessário que as leis deixem de ser apenas instrumentos formais e passem à aplicabilidade, até porque o controle social pode se constituir um instrumento de mudança e, em consequência, um desafio ao estímulo do exercício de cidadania.

Concretamente, o sistema de saúde vigente é ainda incapaz de promover uma maior interação com o seu ambiente social. Para superar tal deficiência, a participação social é uma condição necessária para que uma população melhore a

sua saúde e sua qualidade de vida (SERAPIONE; ROMANI, 2006), nos levando pouco a pouco, enquanto profissional de saúde no campo da Saúde Coletiva<sup>1</sup>, a refletir sobre tais questões.

Diante de tais perspectivas, vemos que este estudo poderá contribuir enquanto motivador para a discussão efetiva da implementação do exercício do Controle Social diante do permanente processo de construção do SUS. Sabemos da existência de entraves a serem superados, mas os avanços devem ser ressaltados no sentido de possibilitar as possíveis transformações da política de saúde local, tendo como sujeitos os usuários dos serviços públicos de saúde, diante do seu compromisso e responsabilidade social enquanto sujeitos cidadãos.

### **Referencial Teórico**

A partir da segunda metade da década de 1970 um novo cenário passou a se conformar no Brasil. Essas mudanças incluíram o processo de redemocratização da sociedade brasileira e as lutas pela Reforma Sanitária em prol de um novo Sistema Nacional de Saúde. O que implicou no fortalecimento da autonomia na sociedade civil, e conseqüentemente, vem enfraquecer a dominação/coerção sob a qual a elite costumava manter seu poder (GALLO; NASCIMENTO, 1988). Os autores reforçam que essa nova conformação do espaço público faz com que as classes ou as correntes políticas busquem a direção da sociedade e não seu domínio em busca de propostas consensuais denominada de hegemonia.

No decorrer dessa trajetória, como podemos notar, a sociedade é constituída por diferentes sujeitos, em diferentes tempo e espaço. Diante disto, Gramsci, 1992 questiona como cada indivíduo conseguirá incorporar-se no sujeito coletivo,

---

<sup>1</sup> **Saúde Coletiva** – ciência no campo da saúde com orientação teórica, metodológica e política que privilegia o social como categoria analítica (CAMPOS, 2000<sub>a</sub>).

transformando a necessidade e a coerção em “liberdade”. A partir deste questionamento, vemos a relação de poder/dominação entre os sujeitos.

Para Lacaz (2001), a construção da relação de poder e dominação pelos sujeitos em cada momento da história determinaram uma forma peculiar de participação social. Como exemplo destacamos o surgimento de grupos sociais que, na organização de ideais, têm maior poder para gerar mudanças na sociedade. Assim, o sujeito da ação, que no decorrer da história permeou entre sujeito individual e sujeito social, no pós-modernismo, torna-se um sujeito fragmentado, descentrado, pertencente a uma realidade globalizada.

Para a transformação do instituído em instituinte em prol de uma hegemonia social, faz-se necessário inserir concretamente o sujeito no processo (TESTA, 1997). Dentro do sistema de saúde a participação popular é fundamental na construção desta hegemonia, pois a “lei consolida os princípios de cidadania, porém conviver com o desrespeito aos direitos humanos parece estar sendo a lógica do cotidiano” (LOPES; ALMEIDA, 2001, p. 16). Por isso, a partir de 1988 tal participação passou a ser instituída, normatizada, o que configura o dinamismo social: o instituinte hoje pode ser o instituído amanhã.

Contudo, tal normatização não assegura a efetiva participação na construção do sistema hegemônico, até porque a efetivação perpassa por relações de poder que regulam a sociedade e exercem a dominação, ainda que de forma implícita, nas questões econômicas, sociais e intelectuais.

Para avaliarmos a força das relações de poder estabelecidas durante a nossa história trazemos uma citação de Foucault (1985, p. 5).

(...) A historicidade que nos domina e nos determina é belicosa e não linguística. Relações de Poder, não relação de sentido. A história não tem ‘sentido’, o que não quer dizer que seja absurda ou incoerente. Ao contrário, é inteligível e deve poder ser analisada em seus menores detalhes, mas segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias, das

táticas. Nem a dialética (como lógica da contradição), nem a semiótica (como estrutura da comunicação) poderiam dar conta do eu é a inteligibilidade intrínseca dos confrontos.

Dessa forma podemos compreender o caráter dialético da participação social, já que representam relações conflituosas com diferentes representações de interesses.

Segundo Teixeira, (2001, p. 27), entender a participação

(...) supõe uma relação de poder, não só por intermédio do Estado, que a materializa, mas entre os próprios atores exigindo determinados procedimentos e comportamentos racionais. Resta saber se seu caráter é meramente comunicativo e consensual ou se aí também está presente uma lógica estratégica.

Assim, a busca por uma nova realidade que atendesse às novas demandas sociais fez emergir da sociedade movimentos que buscavam enfrentar a nova situação, a qual o Estado já não conseguia por si só atender. A partir de então tivemos a manifestação da participação social quer em momentos políticos, quer em participação cidadã (TEIXEIRA, 2001).

A participação política se refere a uma relação entre os sujeitos que com os recursos disponíveis nos espaços públicos, fazem valer seus interesses, aspirações e valores, construindo suas identidades, afirmando-se como sujeitos de direitos e obrigações. Na participação cidadã, temos um processo complexo e contraditório entre sociedade civil, estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil, mediante a atuação organizada dos sujeitos, grupos e associações.

Segundo Teixeira (2001), o fenômeno da participação pode se dá de maneira direta ou indireta, institucionalizada ou 'movimentalista'. Sendo assim, temos como participação social não apenas as instituições 'instituídas', como é o caso dos Conselhos de Saúde, mas também os movimentos sociais, organizações sociais,

dentre outras formas que caracterizam um governo democrático, seja essa participação política e/ou cidadã.

Nesse contexto de participação popular e de exercício do controle social, buscam-se representações de interesses. Todavia questionamos como esses interesses são representados, de quem são os interesses representados e qual a justificativa para representar tais interesses (COUTINHO, 1988). As duas primeiras questões podem está relacionadas a estrutura e a natureza do Estado, e a terceira envolve a legitimidade, que para Testa (1997), associa-se ao instituinte, o que sofre ação do processo social e dos sujeitos em busca de uma hegemonia.

O questionamento sobre a noção de interesse é essencial para discutirmos o objeto desta pesquisa. Os Conselhos Locais de Saúde devem representar interesses hegemônicos. Atualmente a exposição dos sujeitos no mundo globalizado, capitalista e repleto de interesses pessoais, são responsáveis pelo afloramento de conflitos na sociedade.

Contudo, segundo Matus (1993), para que os interesses individuais se concretizem em prol de um bem comum ele precisa ser um interesse coletivo. Os conflitos que podem permear esta relação regem a dinâmica social a partir da qual emergem interesses, vontades e necessidades responsáveis pela motivação do sujeito social<sup>2</sup>. Em analogia à construção teórica, temos a participação dos conselheiros locais na construção das políticas de saúde local. As reuniões possibilitam o surgimento das representações pessoais que quando socializadas e trabalhadas, transformam-se em representações coletivas.

Vale ressaltarmos que se somam a esta descrição teórica, interesses maiores que norteiam a construção do sistema de saúde, como exemplo o interesse do

---

<sup>2</sup> O **sujeito social** é formado a partir do indivíduo pela ação do trabalho abstrato (TESTA 1997).

capital e as relações de poder que podem influenciar na formação do sujeito e conseqüentemente, nas suas ações. Sendo assim, é possível questionarmos qual é o limite para a expansão e políticas sociais no interior da sociedade capitalista? (COUTINHO, 1988). A resposta para este questionamento acreditamos que perpassa pelos entraves no processo de construção de um efetivo exercício do controle social.

Entretanto, a definição das representações dos sujeitos dentro do dinamismo social não é uma tarefa fácil. Segundo Coutinho (1988, p. 50) “na prática, nunca se formam maiorias estáveis, já que são obstaculizadas, não só pela fragmentação de interesses, como também pela apatia política generalizada”.

É importante ressaltarmos que a participação efetiva dos sujeitos sociais na construção, fiscalização e implementação das políticas públicas podem acelerar essa implementação, reduzir a corrupção e aumentar a eficiência da burocracia. Por conseguinte, se por um lado, contribui para a contra-hegemonia do exercício do controle social, já que ainda temos um Estado pseudo-democrático, por outro lado, trata-se do único caminho para a efetivação da co-gestão do Sistema Único de Saúde.

Desta forma, podemos observar que a manifestação popular oferece oportunidade para conquistar novos espaços com a luta de classes, assim como o desenvolvimento de novos caminhos para a construção de políticas de saúde. No mundo globalizado, o fácil acesso à informação e a velocidade com que a mesma se propaga poderão facilitar o domínio intelectual das representações dos sujeitos, os interesses individuais e coletivos se confundem na dinâmica social, perdendo a essência da construção de uma práxis hegemônica.

## **Trajetória Metodológica**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que seu objeto de estudo é um fenômeno social. Para sua análise é necessário compreender os significados e as características situacionais das informações coletadas (RICHARDSON, 2007), pois os fenômenos humanos não podem ser quantificados com o mesmo grau de precisão das ciências naturais (GIL, 1999).

O estudo foi realizado no município de Feira de Santana-BA, a segunda maior cidade populacional do Estado da Bahia com 571.997 habitantes. A coleta foi conduzida especificamente nas unidades de Saúde da Família (USF) em processo de implantação dos CLS, a partir das comissões de saúde, tanto na zona urbana quanto na zona rural.

Por ser um estudo qualitativo não delimitamos, a priori, sobre o número de sujeitos a pesquisar, uma vez que, embasada em Minayo (1996), não estávamos preocupadas com a generalização e sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social pesquisado, da sua organização, da instituição e de uma política de representação sobre o controle social em saúde.

Por conseguinte, num primeiro momento, levamos em consideração a repetição das falas dos sujeitos, a partir da saturação do conteúdo sobre o objeto, como reforça Minayo (1996). Para selecioná-los, elegemos os seguintes critérios: maiores que 18 anos; participação dos membros da comissão de saúde nas discussões do trabalho de organização do CLS; participação mínima em cinco reuniões do processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde.

Assim, a partir de tais critérios, participaram desta pesquisa 17 sujeitos categorizados em dois grupos:

Grupo I Informantes-chave: é aquele sujeito que tem o conhecimento sobre o assunto a ser pesquisado, como também por ter participado do processo de implantação dos CLS, independente da sua ocupação atual (NASCIMENTO, 1997).

Grupo II “Comissão de Saúde” (representação informal de sujeitos para a formação dos CLS: usuários-trabalhadores de saúde): aquelas pessoas que vêm participando do processo de implantação dos CLS da sua unidade de saúde, das discussões, organização e estruturação do trabalho de implantação do CLS, tanto na área rural quanto urbana, na defesa da saúde individual e coletiva da sua comunidade. Este grupo foi constituído de 11 sujeitos.

A totalidade de 17 sujeitos foi determinada pela repetição das falas dos mesmos indicando a saturação do conteúdo coletado sobre o objeto estudado.

Os sujeitos são caracterizados nos quadros 1 e 2; o grupo I numerados de 1 a 6 e o grupo II numerados de 7 a 17.

**Quadro 2 Caracterização dos informantes-chave pesquisados, Feira de Santana-BA, fev./jul, 2009.**

Nº de Entrevistas	Idade	Sexo	Escolaridade	Função/Cargo	Tempo de Experiência na participação social
E.1	43	F	Superior	Enfermeira	05 anos
E.2	40	M	Superior	Enfermeiro Sanitarista	10 anos
E.3	42	M	Ensino Médio	Assessor Parlamentar	05 anos
E.4	42	F	Superior	Enfermeira/ gestora	06 anos
E.5	46	M	Superior	Sociólogo/ Professor Universitário	05 anos
E. 6	39	F	Superior	Enfermeira/ Supervisora das USF.	02 anos

Conforme o quadro 1, dos seis informantes-chave, metade é do sexo feminino; cinco deles têm nível escolaridade superior, sendo quatro enfermeiros e um sociólogo. A faixa etária varia de 39 a 46 anos, numa média de 42 anos de

idade. Todos estes sujeitos têm uma experiência de mais de dois anos em atividades voltadas para o controle social em saúde.

**Quadro 3 Caracterização dos representantes da Comissão de Saúde para a construção dos CLS, Feira de Santana-BA, fev./jul, 2009.**

Nº de Entrevistas	Idade	Sexo	Escolaridade	Função/Cargo	Tempo de Experiência na participação social
E.7	41	M	Superior	Cirurgião-dentista	01 ano
E.8	27	F	Ensino Médio	Agente Comunitária de Saúde	04 anos
E.9	63	M	Ensino Fundamental	Comerciante	03 anos
E.10	46	F	Ensino Médio	Agente Comunitária de Saúde	3 anos
E.11	49	M	Ensino Médio	Agente Comunitário de Saúde	5 meses
E.12	57	M	Superior Incompleto	Técnico em Agropecuária	01 mês
E.13	34	F	Ensino Médio	Agente Comunitária de Saúde	01 mês
E.14	40	M	Superior Incompleto	Agente Comunitário de Saúde	08 meses
E.15	41	F	Ensino Médio	Agricultora/ Presidente da Associação Comunitária da Matinha	01 ano
E.16	45	F	Ensino Médio	Agente Comunitária de Saúde	01 ano
E.17	55	F	Superior	Freira / Formada em letras	07 meses

No quadro 2 estão caracterizados representantes da 'comissão de saúde' para a construção dos CLS. Neste grupo, cinco sujeitos foram do sexo masculino e seis do sexo feminino. Há uma heterogeneidade quanto a escolaridade e formação, entre nível superior e ensino fundamental. Observamos que o tempo de experiência com o controle social para este grupo é muito variado em relação aos sujeitos do grupo 1, variando de um mês a quatro anos.

Para a coleta de dados escolhemos as seguintes técnicas: entrevista semi-estruturada (Apêndice A), observação Sistemática (Apêndice B), e a análise de documentos.

A coleta de dados desta pesquisa só foi iniciada após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, sob o protocolo nº 155/2008 CAAE nº 0155.0.059.000-08.

Vale ressaltarmos que os sujeitos da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) escrito com linguagem acessível, no qual contém informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos, dentre outras informações,

A dinâmica social que envolve este estudo, incluindo como determinantes o contexto social e seus sujeitos, faz-nos afastar de uma análise estática e mecânica. Sendo assim, buscamos a compreensão (Hermenêutica) do processo dinâmico do controle social, tendo como base uma visão crítica (Dialética) das relações estabelecidas na realidade em construção.

Dessa forma, como método de análise de dados utilizamos uma aproximação da **Hermenêutica Dialética** por permitir uma crítica sem o afastamento da práxis (MINAYO, 1996).

Tendo como base teórica a arte da compreensão Hermenêutica - e arte do estranhamento Dialética -, buscaremos realizar nossa análise associando a nossa construção teórica com os dados empíricos obtidos. Dessa forma iremos confrontar as nossas categorias analíticas (obtidas previamente, funcionando como 'balizas' da investigação) com as categorias empíricas que emergiram no estudo buscando as relações dialéticas entre ambas.

Como recurso metodológico para a análise dos dados obtidos, utilizamos a triangulação de dados que ocorre por meio do diálogo de diferentes métodos,

técnicas, fontes e pesquisadores, visando um cuidadoso labor analítico compreensivo (GOMES et al., 2005).

Nesta fase da análise, decompomos o conjunto de dados, buscando relações entre as partes. Com a triangulação, a associação de dados e construção de inferências se tornam mais ricas de conteúdo, pois é possível confrontarmos técnicas e sujeitos, eliminando possíveis vieses da pesquisa (GOMES et al., 2005).

O método de análise envolvendo a triangulação de dados permite o confronto de informações entre sujeitos, métodos e técnicas de coleta. Em nosso estudo a triangulação foi realizada a medida que cruzamos as informações obtidas entre as entrevistas, observações e análise documental, associado a presença de diferentes sujeitos na pesquisa (informantes chave e representantes dos CLS em formação).

## **Resultados / Discussão**

### Compreensão do Controle Social no processo de formação do conselho local de saúde: o papel do sujeito social.

Esta seção nos faz refletir sobre a leitura dos sujeitos no que diz respeito a sua participação social e a forma como ocorre a sua contribuição para a mudança na sociedade, salientando as relações de poder entre os sujeitos e as suas implicações nas ações cidadãs.

Neste sentido, compreendemos que o exercício do controle social deve ser compreendido não como uma dicotomia entre Estado\Sociedade, mas sim como práticas sociais, constituindo-se na relação entre as diversas dimensões institucionais da modernidade.

Assim procuraremos buscar, nas práticas sociais, além das práticas institucionalizadas, a noção de controle social dos sujeitos do nosso estudo.

Entretanto, devemos nos atentar para as diferentes significações desta compreensão para os diferentes sujeitos do nosso estudo.

Conforme o ent. 2 / grupo II, o controle social nos CLS é

[...] a participação das pessoas na questão da saúde, para o seu próprio bem estar social (...) (Grupo II/ Ent. 2).

O Conselho Local de Saúde representa para a sociedade a institucionalização do exercício do controle social, criando-se possibilidades de ação coletiva para o reconhecimento, efetivação e construção de direitos. Entretanto este não é automático, observando-se ainda que pode levar ao imobilismo pelo envolvimento em regras burocráticas, e à inserção na lógica do poder, com o uso de artifícios para protelar decisões e favorecer os particularismos (TEIXEIRA, 2001).

O exercício do Controle Social apenas irá se efetivar na gestão da saúde quando houver 'capilarização' das decisões e absorção das aspirações e necessidades locais. Consideramos o Controle social como a participação da sociedade civil na construção de políticas públicas, sendo que no sistema brasileiro há formas institucionalizadas, deliberativas e representativas para esse exercício.

Nessa perspectiva, buscamos compreender de que forma os sujeitos do controle social vem utilizando esse espaço institucionalizado para propiciar o 'bem-estar' social. Para isso, confrontamos tanto os depoimentos dos informantes-chave quanto dos membros das comissões de saúde, haja vista que os diversos sujeitos que interagem no espaço local não apresentam exatamente os mesmos interesses (SILVA, 2001) e, dessa forma, procuramos obter diferentes leituras da realidade numa aproximação com o exercício do controle social.

Quanto à compreensão do Controle Social nos CLS, os depoimentos dos informantes-chave são **convergentes**, uma vez que retratam a importância da

participação popular como uma condição *sine qua non* para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

[...] Sobre a compreensão é exatamente a necessidade de controle da população usuária do SUS e dos trabalhadores da saúde na gestão do SUS. O SUS só vai se efetivar na prática com a participação desses dois segmentos, se isso acontece você tem uma possibilidade de colocar na prática os princípios do SUS (Grupo I/ Ent. 2).

O Conselheiro de Saúde, por meio da sua representação junto aos conselhos de saúde, possui uma participação democrática representativa no poder de decisão. Segundo Escorel (2008). Nesta representação apresenta embutidos os mesmos problemas que os sistemas de partidos políticos, ou seja, se faz necessário saber 'quem' participa e 'quem' está sendo representado. Sendo assim, é importante se identificar os sujeitos deste processo e quais são os reais interesses representados.

[...] Eu acho que a participação da comunidade, **apesar de ser ainda incipiente fundamental dentro desse processo** porque as coisas só acontecem a partir dessa participação. Enquanto isso realmente não ocorrer efetivamente a gente ainda vai caminhar em passos muitos lentos (Grupo I/ Ent.6).

A história do nosso país foi construída sob uma cultura autoritária, patrimonialista, elitista e sob uma sociedade escravocata (ESCOREL, 2008). Assim, temos uma sociedade impregnada por tais valores e, sobre esses valores, são construídos o alicerce das relações sociais. Dessa forma podemos constatar que vinte anos de SUS ainda não foram suficientes para romper com as heranças do passado e por isso temos, ainda hoje, uma participação incipiente como trata o ent. 6/ grupol.

As observações realizadas convergem com essas informações já que possuímos uma população sem instrumentalização para o exercício do controle social e, principalmente, sem motivação, pois eles ainda demonstram não acreditar no potencial de mudança que está presente no movimento social.

Entretanto, não podemos negar a importância dessa participação ainda que incipiente, pois a partir da transformação do desejo individual em desejo coletivo, a aspiração do homem indivíduo se concretizará na sociedade (MATUS, 1993), gerando as transformações necessárias ao bem comum.

Membros da comissão de saúde, também vêm reforçar este entendimento.

[...] A minha compreensão é que é uma coisa muito grande. Que a participação da comunidade é fundamental para que as decisões sejam direcionadas para o benefício da comunidade e que só o povo se mobilizando e tendo consciência da importância desse conselho agente pode trazer mudanças significativas para o nosso município para a saúde das pessoas (Grupo II/ Ent. 10).

[...] Essa participação inicial é importante para exigir e solicitar o direito da comunidade é importante o povo está reunido. Uma coisa é buscar melhoria individual e outra coisa é você buscar na coletividade (Grupo II/ Ent. 8).

A partir destes depoimentos é possível compreender que a participação social é sentida como algo fundamental para a construção do 'bem estar' social. Observamos que emergem dos depoimentos a necessidade de mobilização social e de coletividade. Conforme Silva (2001), Teixeira (2001) e Paim (2009), o exercício do controle social nas políticas públicas é a representação do interesse coletivo por meio da mobilização e efetiva participação social.

Vale ressaltarmos que a representação do interesse não deve se atrelar a denotação da palavra, mas sim ao efeito de participação (TEIXEIRA, 2001), por isso a figura cartorial associada aos conselheiros de saúde não cabe neste Conselho. Entretanto notamos nas reuniões assistidas que o sujeito atua, lamentavelmente, como representante, sem poder de atuação, argumentação ou participação. Tal compreensão distorce o papel da institucionalização do exercício do controle social, já que inibe a participação cidadã em prol de uma representação burocrática inexpressiva.

Comungamos com Escorel (2008) quando afirma

O papel dos Conselheiros parece ser muito mais de homologação daquilo que os gestores trazem para a discussão do que propriamente de deliberar sobre as políticas públicas(...).

Salientamos que o sujeito, conselheiro, não deve ser visto como o responsável único pela resolução dos problemas elencados pela comunidade. Esta linha de pensamento 'engessa' o conselheiro a mero solucionador de problemas, sendo que pensamos que a sua função é mais ampla, na qual deverá priorizar a sua participação na criação, implantação e implementação de políticas de saúde. Dessa forma, o controle social irá se legitimar para além das legislações, aproximando-se do que consideraria a práxis 'ideal'.

Complementando a leitura do significado 'ser conselheiro', o depoimento a seguir refere a troca de experiências entre gestão\comunidade\conselheiros:

[...] É uma troca de experiência tanto por parte da comissão do conselho como por parte da população de modo geral Ent. 6, grupo1).

Tal concepção aborda uma questão importante e motivadora da participação popular: *a troca de saberes*. Tornar compreensivo para um conselheiro, leigo de conhecimentos técnicos, os indicadores de saúde que apontam epidemiologicamente as prioridades de atuação das políticas públicas não é uma tarefa simples. Entretanto, também é fácil explicar para um conselheiro detentor de todo conhecimento técnico que as prioridades devem ser elencadas conforme a necessidade da população local.

Constatamos em todas as reuniões que participamos que as necessidades emergiram, ainda que não estivessem diretamente relacionadas ao poder de resolutividade dos problemas da saúde, como a questão de transporte e/ou saneamento básico. As necessidades representadas pelos usuários são complexas e heterogêneas, variando muito de lugar para lugar podendo levar ao enriquecimento do processo pela troca de experiência (ESCOREL,2008).

O depoimento do ent. 4/ grupo I levou-nos à uma leitura diferente das apresentadas. Nesse depoimento, emergiu a conceituação dos CLS como uma ferramenta de instrumentalização da comunidade sobre o exercício do Controle Social.

[...] Eu compreendo o CLS com uma instância descentralizadora do CMS, falando em linhas gerais e os CLS visam aproximar a população dos conhecimentos sobre o Controle Social (Grupo I/ Ent. 4).

A Minuta de Norma Complementar disciplinando os CLS, (FEIRA DE SANTANA, 2009 / Doc. 6), traz informações que convergem com a fala do ent.6/grupo I, onde no capítulo I, inciso III temos como atribuição do conselheiro

(...) Proporcionar meios de informação para os Usuários da Unidade de Saúde, de interesse da saúde coletiva, bem como, das atividades das atividades desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Doc. 6).

Arantes e outros (2007) comungam com essas idéias, ao afirmarem que a educação para o controle social na saúde deve estar inserida numa política de educação permanente que vise a formação dos diferentes segmentos: usuários, trabalhadores e gestores para a participação social no SUS.

O CMS de Feira de Santana, elaborou uma cartilha educativa (Doc. 7) cujo conteúdo dispunha sobre o conceito de saúde, participação popular na saúde e Conselhos Locais de Saúde. A cartilha apresentou o objetivo de educar a comunidade em prol do fortalecimento do exercício do controle social.

Durante as observações realizadas tivemos a oportunidade de constatar que apenas um membro demonstrou interesse na divulgação da cartilha construída demonstrando pouco envolvimento dos Conselheiros no processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde. O depoimento do informante chave (Ent. 5/grupo I) converge com essa informação a medida que relata a falta de uma participação efetiva dos conselheiros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

[...] Agente participava das reuniões do conselho e via que era muito difícil um conselheiro participar efetivamente de uma reunião (Ent. 5 / Grupo I).

Ainda não há um envolvimento efetivo dos Conselheiros no processo de educação permanente no município. Entretanto, para que se torne possível a utilização das instancias colegiadas como um uma forma de educação permanente visando o empoderamento dos sujeitos, os conselhos necessitam de estrutura física, equipamentos, apoio técnico e administrativo, orçamento próprio e autônomo (WELTMAN, 2008).

Na nossa realidade essas exigências não são possíveis, diante a ausência da promoção da educação permanente para capacitação dos conselheiros, o que deixa uma enorme lacuna a ser preenchida por conselheiros 'cartoriais' em um processo divergente a realidade. Diante dessa realidade podemos constatar que a avaliação permanente e a participação efetiva do controle social junto a formação dos sujeitos serão importantes também para se dimensionar a adesão dos programas e projetos as necessidades dos usuários do SUS (CECCIM, ARMANI, ROCHA, 2002).

Diferentemente dessas idéias, o ent. 7/grupo II, aborda a questão do exercício da cidadania, noção fundamental para a implantação e/ou implementação dos CLS.

[...] Entendo que é o exercício da cidadania, ou seja a medida que você conhece seus direitos e para você reivindicá-los você tem que ser participante(Grupo II/ Ent. 7 ).

Por conseguinte, reforçamos também a importância do exercício da cidadania. Contudo, entendemos que cidadania engloba o enfrentamento da complexidade dos conflitos por direitos advindos de uma sociedade fragmentada pela multiplicação das desigualdades sociais. Portanto, condição essencial para a prática da cidadania é a explicitação dos conflitos, e sua mediação pela sociedade política (DUPAS, 2005). É importante que entendamos que, em um espaço social, a cidadania se adquire por

cooperação, negociação, convergência de interesses e consenso desses conflitos inerentes à sociedade contemporânea.

Por certo, a representação do sujeito social é deveras importante para nortear as esferas do conceito de poder. No âmbito econômico, o poder vale da posse de determinados bens a induzir os que não possuem e dele necessitam, a adotar o comportamento que os que os detém desejam. O poder ideológico utiliza a influência de idéias que expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certos processos influenciam a conduta dos que dela são alvos. A esfera política é o que pode recorrer a força para fazer prevalecer a sua vontade (SILVA, 2001).

O processo de ‘empoderamento’ dos sujeitos na atuação do exercício do controle social descreve o *poder de ação* dos sujeitos envolvidos em prol da mudança de uma realidade, considerando a definição política-ideológica de poder. Assim, buscamos então captar como os sujeitos se definem durante o processo de ‘empoderamento local’ em prol do exercício do controle social a partir dos depoimentos a seguir.

A concepção de sujeito social, ou seja aquele sujeito ativo, articulador dotado de capacidade técnica é traduzida nos depoimentos dos informantes chave:

[...] ser conselheiro não é só isso não, comparecer as reuniões agendadas... É preciso ter essa compreensão de que você representa uma entidade, que você precisa ter legitimidade nessa rede básica, conhecer o sistema de saúde, entender de políticas públicas de saúde, compreender a história das políticas no nosso país (Grupo I/ Ent.1 ).

[...] eu entendo que para você ser um conselheiro deve estar atuante, contribuir para que tenhamos um bom controle social sem a omissão de nada. Eu não entendo você participar de um conselho e você não vai visitar nenhuma unidade de saúde, não vai na comunidade realmente ver como estar a questão da saúde (Grupo I/ Ent. 3).

Como podemos perceber nos depoimentos, o ‘empoderamento’ técnico e político para o exercício do controle social, se faz necessário, assim como uma

maior aproximação dos anseios da comunidade que devem ser nas suas manifestações, sejam elas políticas ou cidadãs, os interesses reais da comunidade.

Para isso é importante se estabelecer uma íntima relação com a educação popular, para que as informações possam se 'capilarizar' de forma acessível a todos, gerando uma instrumentalização e, como consequência, um 'empoderamento' concreto da sociedade civil. Sendo assim, comungamos com Bógus (2007) quando afirma que o processo de educação em saúde deve adotar estratégias próprias da educação popular, apresentando como pontos fundamentais o diálogo entre os sujeitos, a educação vista como humanização e a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação dos sujeitos.

Alguns membros das comissões de saúde convergem quanto a descrição do ser 'conselheiro' considerando o papel político cidadão do sujeito social.

[...] sinto-me muito feliz...aqui eu me sinto feliz porque eu sou cidadão, sou cidadão eu pago imposto, eu quero o melhor para minha família, o melhor para o meu vizinho, eu acho que a gente tem que ter direito aquilo que é de direito, tem muita coisa que a gente tem direito e até desconhece (Grupo II/ Ent.3 ).

[...] a gente tem que dá a nossa parcela de contribuição na localidade, na comunidade que agente mora, para o bem comum para todos... buscando mais e cobrando, das autoridades não só do gestor público, mas a todas as autoridades (Grupo II/ Ent. 5 ).

[...] Sentir-me integrante no processo, colaborando e levando principalmente a realidade das pessoas, pois estarei representando toda uma realidade necessitada, carente e vou lutar por aquilo eu acredito (Grupo II/ Ent. 11).

Destacamos assim, que o sujeito do controle social é um cidadão, portanto deve aprender a tolerar a diversidade, a desenvolver a virtude cívica, a temperar o fundamentalismo e o egoísmo (TEIXEIRA, 2001). Porém, não é uma tarefa fácil ser sujeito do controle social em uma sociedade complexa e diferenciada na qual se faz necessário suprir as deficiências, participar de decisões complexas que envolvem multiplicidade de interesses, incertezas e custo, além de superar os obstáculos tais

como os interesses pessoais, pretensões 'eleitoreiras', conselheiros indicados por gestores.

Entretanto, ainda que não seja fácil tornar-se um sujeito no controle social, é fundamental para que haja uma construção de uma sociedade melhor e mais instrumentalizada, com capacidade para participar efetivamente da gestão em saúde.

Como vimos, tais depoimentos revelam 'vontade' de participação ativa nas comissões de saúde. Outrossim, tivemos a oportunidade de participar das reuniões das comissões de saúde e observar que os representantes dos usuários raramente compareciam às reuniões e, se estavam presentes, pouco tinham vez, com exceção apenas um ou dois sujeitos que se pronunciavam nos momentos de discussões e/ou deliberação.

Contraditoriamente a essa realidade, a significação do 'ser' sujeito neste processo, representados pelos membros das comissões de saúde, aparentemente, dava para perceber uma conotação de orgulho e prazer, expressados nos depoimentos a seguir:

[...] Ser conselheiro para mim é uma alegria de ser alguém produtivo... isso vai me dar alegria, é essa minha satisfação de poder ajudar (Grupo II/ Ent.6).

[...] Para mim é uma honra poder está buscando conhecimento e ajudando da maneira que posso, contribuindo tanto para o conselho como para a localidade carente de informações (Grupo II/ Ent.7 ).

Os sentimentos de alegria, satisfação, ser alguém produtivo e poder ajudar além de representar uma situação real de bem-estar, estão associados ao prazer do exercício de poder, tendo em vista que o exercício do controle social atua num campo de relações de poder e, portanto, quem o exerce apresenta certa governabilidade sobre as ações que somatizam a sensação de 'bem-estar'.

Foucault, (1985, p. 8), aponta como fator estimulante do poder, ao se referir que

(...) se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, **induz ao prazer**, forma saber, produz discurso.

Nesta perspectiva, a participação social pode e deve estar atrelada ao bem estar do conselheiro, entretanto é preciso ser entendida como um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia (ASSIS, 2003), não necessariamente associado uma extensão burocrática e executiva, mas devem buscar alternativas para a representação do interesse vivo da comunidade.

### **Considerações Finais**

A partir desta pesquisa pudemos constatar que ainda há um grande distanciamento entre a legislação e a prática do controle social no cotidiano do processo de trabalho das equipes de saúde em Feira de Santana. Existe uma grande heterogeneidade de sujeitos nesse processo com peculiaridades diferenciadas que vão desde questões ideológicas, socioeconômicas e políticas, até questões como consciência sanitária, exercício de cidadania, participação social em trabalhos comunitários, reconhecimentos sobre seus direitos e deveres enquanto cidadãos, dentre outras, que podem interferir de forma eficiente na concretização das mudanças sociais.

Em Feira de Santana, o processo de mobilização social é executado por poucos sujeitos críticos, participativos e fomentadores do ideal de participação. Todavia ainda não é suficiente, apesar de já existir um trabalho iniciado, se faz necessário o entendimento dos Conselhos como uma importante estratégia no

processo de reestruturação da atenção à saúde. Tal processo deverá envolver expectativas, demandas e comportamento de todos os sujeitos envolvidos na prestação da atenção (STRALEN, et al. 2006).

Para que haja mudanças efetivas nas políticas públicas pela participação comunitária se faz necessário criar mecanismos para que a lei deixe de ser apenas um instrumento legal e passe a concretizar um espaço democrático de construção coletiva em prol das demandas da população (ASSIS, 2003). A partir da construção desse espaço teremos possibilidades reais para a efetivação do Controle Social com o reconhecimento das reais demandas da comunidade, considerando o processo saúde-doença e as possíveis medidas a serem implantadas e/ou implementadas para uma melhor qualidade de vida.

No que diz respeito ao segundo pressuposto deste estudo ficou constatado que a construção do CLS em Feira de Santana ainda carece de discussões e mobilizações sociais para que a população possa efetivamente interferir, deliberar e construir um sistema local de saúde voltado para as necessidades da população. Assim, o exercício do controle social ainda se encontra cercado com inúmeros entraves, apesar da institucionalização para a sua efetiva concretização, há ainda um longo caminho a percorrer.

Sendo assim, podemos inferir a partir dessas reflexões que o processo de formação dos Conselhos Locais de Saúde em Feira de Santana ainda se encontra muito incipiente. Para efetivá-los é necessário que haja uma política de conscientização e educação permanente não apenas para a comunidade, mas principalmente para gestores e trabalhadores de saúde.

Por fim, apesar dos inúmeros desafios que envolvem a efetivação do controle social em Feira de Santana, trata-se de um 'caminho sem volta'. A construção de

uma nova realidade na saúde está intrinsecamente relacionada à participação popular na co-gestão dos serviços, considerando as possibilidades de articulação coletiva dos sujeitos na construção de um diálogo em prol do bem estar da população. Nesse sentido é importante resgatarmos o depoimento de um membro da comissão de saúde.

[...] Finalmente acho que as comissões começam a apresentar resultados e são importantes porque a população começa a ver resultado e começa a visualizar a necessidade da participação da população e isso estimula a participação dos usuários e vão contagiar os demais, o que mostra que tudo perpassa pela questão da organização, mobilização e mostra que o conceito ampliado da saúde a medida que temos a participação na comissão de saúde de diferentes representantes igreja, associações.. em algum momento eles vão verificar que a questão de saúde é algo muito além do conceito conservador “saúde ausência de doença”, e sim que envolve saneamento, segurança, cultura. Tem sido uma experiência muito boa, que ainda não ganhou os 4 cantos da cidade, mas isso vai acontecer agora com a publicação do edital e não precisa ser vertical, o movimento água e vida também discute a questão dos CLS e só vai funcionar os CLS se os movimentos estiverem juntos ...(Grupo II/Ent. 3).

Como vemos, a partir deste depoimento, é possível alimentar nossos ideais de esperança com as palavras de um sujeito do controle social que não é diplomado tecnicamente, mas apresenta um título que não temos a disposição nas faculdades, o de Cidadania. Não é fácil trazer para a práxis uma realidade, que para muitos, é utópica. Porém, é preciso que comecemos trilhar este caminho, resgatarmos o sentimento de cidadania e lutar verdadeiramente para que o SUS seja implementado democraticamente de forma universal, integral, e com a participação social.

### **Referência Bibliográficas**

ARANTES, CIS; MESQUITA, CC; MACHADO, MLT, et al. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 470-478. 2007.

ASSIS, MMA; VILLA, TCS. O controle Social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-am Enfermagem**. V. 11, n. 3 p. 376-82, 2003.

ASSIS, MMA. O processo de construção social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**. V.27, n. 65, p. 324-335, 2003.

ASSIS, MMA; JORGE, MSB. **Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa no Campo da Saúde Coletiva**. Feira de Santana :UEFS, 2006 (Digitado).

BÓGUS, CM. A educação Popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. **O mundo da Saúde**, v.31, n. 3, p. 346-354, 2007.

CAMPOS, GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, 2000<sub>a</sub>, p. 219-230.

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000<sub>b</sub>, p. 121-234.

CECCIM, RB; ARMANI, TB. ROCHA C.F. O que dizem a legislação e o Controle Social em saúde sobre a formação dos recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.7, n.2, p.373- 383. 2002.

COUTINHO, CN. Representação de Interesses, formulação de políticas e hegemonia. In. TEIXEIRA, S. F. **Estado e políticas sociais in América Latina**. México: Fiocruz (EUSP), 1988.

DALLARI, S; ADORNO, R; FARIA, M; SHUGAIR, N ; TREWIKOWSKI, S . O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 12 n. 4, p. 531-540, out/dez, 1996.

DUPAS, G. **Atores e poderes na nova ordem global: Assimetrias, instabilidades e imperativos de legitimação**. São Paulo: UNESP, 2005

SCOREL, S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Saúde para Debate**, v. 1, n. 43, p. 23-28. 2008.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica**. 2010.

FEIRA DE SANTANA. Conselho Municipal de Saúde. **Ofício do CMS para a gestão Municipal**. 2006 (Doc.1).

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal. **Projeto de Lei nº 012/2007**. 2007 (Doc. 2).

FEIRA DE SANTANA. Conselho Municipal de Saúde. **Ata 181º Reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde**. 2008 (Doc. 3).

FEIRA DE SANTANA. Conselho Municipal de Saúde. **Ata 182º Reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde**. 2009 (Doc. 4).

FEIRA DE SANTANA. Conselho Municipal de Saúde. **Minuta de Norma Complementar Disciplinando os Conselhos Locais de Saúde no município de Feira de Santana**. 2009 (Doc. 6).

FEIRA DE SANTANA. Comissão de Saúde da Matinha. **Ofício para a gestão Municipal**. 2007 (Doc. 7).

FEIRA DE SANTANA. Conselho Municipal de Saúde. **Cartilha Educativa sobre Conselhos Locais de Saúde**. 2009 (Doc. 8).

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 5ª edição. Rio de Janeiro. Edições Graal, 5ª Ed. 1985.

GALLO, E; NASCIMENTO, PC. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. **Estado e políticas sociais in América Latina**. México: Fiocruz (EUSP), 1988.

GOMES, R; SOUZA, ER; MINAYO, MDS; MALAQUIAS, JV; SILVA, CFR Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. D. S ;SOUZA, E.R (org.) **Avaliação por triangulação de métodos**. Abordagem de Programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GIL, AC. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 5 ed. São Paulo: ATLAS, 1999.

GRAMSCI. **Poder, Política e Partido**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

GUIZARD, FL; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 11, n. 3, p 797-805, 2006.

LACAZ, F. A.C. o Sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 6, n 1, p. 233-242 , 2001.

LABRA, ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. IN: LIMA, N.T. et al (Org). **Saúde e Democracia Histórias e Perspectivas do SUS**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 353-383.a

LOPES, MLS; ALMEIDA, MJ. Conselhos Locais de Saúde em Londrina(PR): realidade e desafios. **Saúde em Debate**. V. 25, n. 59, p. 16-28, set./dez. 2001.

MATUS, Carlos. Teoria Social e teoria do planejamento. In: MATUS. C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo 1 p. 1-80.

MINAYO, MCS. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

PAIM, JS. **O QUE É O SUS?** Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

RICHARDSON, RJ. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**. 3.ed. São Paulo: ATLAS, 2007.

SERAPIONI, M; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, nov. 2006.

SILVA, SF. **Municipalização da saúde e poder local, sujeito atores e política**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

STRALEN, CJ; LIMA, AMD; SOBRINHO, DF; SARAIVA, LES; STRALEN, TBS; BELISÁRIO, SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3 p. 621-631. 2006.

TEIXEIRA, E. **O local e o Global: Limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: CORTEZ, 2001.

TESTA, M. Análisis de Instituciones hipercomplejas. In: Merhy, E. Onocko, R.(org). **Agir em Saúde** : um desafio para o público. Buenos Aires – São Paulo: HUCITEC, 1997, p.17-70.

WELTMAN, FL, Democracia, representação, participação: a aposta do pluralismo institucional. **Saúde para Debate**, v. 1, nº 43, p. 29-36, 2008.