

Universidade Federal do Pampa

Trabalho Final de Graduação

*Conselho Municipal de Saúde de São Borja:
Um espaço contraditório na efetivação do controle e
da participação social*

Acadêmica Bárbara Lavarda Drews
Orientadora Profa. MS. Fabiana Aguiar de Oliveira

SÃO BORJA/RS
2010

BÁRBARA LAVARDA DREWS

**Conselho Municipal de Saúde de São Borja:
Um espaço contraditório na efetivação do controle e
da participação social**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. MS. Fabiana Aguiar Oliveira

**São Borja
2010**

BÁRBARA LAVARDA DREWS

**Conselho Municipal de Saúde de São Borja:
Um espaço contraditório na efetivação do controle e
da participação social**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em: 9 de julho de 2010.
Banca Examinadora:

Prof^a. Ms^a. Fabiana Aguiar de Oliveira
Orientadora
Serviço Social – UNIPAMPA

Prof^a. Dr^a. Elisângela Maia Pessôa
Serviço Social – UNIPAMPA

Dedico este trabalho aos meus pais, Jeferson e Marta, incansáveis incentivadores e entusiastas, por terem o abraço e o colo mais aconchegantes para os momentos de desânimo ou cansaço.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeira e principalmente, aos meus pais pela oportunidade de cursar Serviço Social. Pelo apoio e dedicação incondicionais e por todo amor a mim dedicado em todos os momentos; sem vocês eu nada seria.

Aos demais familiares pelo apoio, carinho e momentos de alegria, porque família é mais que laços consangüíneos, é compreensão, acolhimento e encontro isso em vocês: avós, tios e tias, primas e primos.

A Rafa, Nanda e Susi, por termos sido mães, filhas e irmãs umas das outras enquanto moramos juntas. Obrigada por terem me ensinado a conviver com as diferenças, a respeitá-las e por terem me mostrado que nunca somos apenas aquilo que aparentamos.

Ao Henrique, por ter entrado e permanecido em minha vida nos momentos mais conturbados de amadurecimento e realização no processo acadêmico. Obrigada pelo incentivo e por me fazer, da forma mais amorosa e bem-humorada, acreditar que sou capaz. Obrigada pelo companheirismo, pela compreensão, pelo carinho e por ter sido meu refúgio nos momentos de desespero.

Às colegas de curso e às amigas do Jornalismo por termos estado sempre juntas, de alguma maneira, apesar das personalidades tão distintas; por escutarem os desabafos, pelas risadas, pelos mates e pipocas, pelas festas memoráveis. Sem vocês esse quatro anos de graduação não teriam tanto sentido, nem tanta graça.

Aos professores do curso de Serviço Social, especialmente à Sheila Kocourek e à Elisângela Pessôa, minhas supervisoras acadêmicas de Estágio, e as minhas supervisoras de campo, as assistentes sociais Aline Nólíbos e Roberta Lima, por terem me ensinado a gostar da profissão e a me portar enquanto profissional, tenha sido com o jeito descontraído e acolhedor de umas ou prático e flexível de outras.

E agradeço a minha especialíssima orientadora, Professora Ms. Fabiana, que não desistiu de me orientar, sempre me incentivando e me cobrando. Obrigada pelo exemplo dedicação, pelos “puxões de orelha” e, principalmente, pelos abraços e sorrisos reconfortantes nas orientações.

Obrigada a todos que de alguma forma contribuíram, intelectual ou afetivamente, para meu crescimento durante a formação em Serviço Social!

RESUMO

Este Trabalho Final de Graduação consiste no estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde, no município de São Borja, no primeiro semestre de 2010. O objetivo é “Analisar como se configura, ou não, controle social e a participação no Conselho Municipal de Saúde de São Borja, no sentido de fortalecer o Conselho como espaço de luta e defesa da cidadania”. A partir do entendimento de que este é, legalmente, a instância de controle social por excelência, busca-se também compreender se este Conselho de Saúde se configura como esfera pública, entendida como um espaço político de discussão, em que prevalece a disputa de interesses contraditórios. O estudo trata-se uma pesquisa qualitativa, balizado pelo método dialético-crítico, no qual foram utilizados para a coleta de dados os instrumentos: observação assistemática e entrevista dirigida. Para análise dos dados utilizou-se da técnica de análise de conteúdo, por meio do processo de categorização, sendo que as principais categorias são: controle social, participação e esfera pública. Os resultados apontaram um espaço contraditório, no qual se verificam muitas limitações para que possa configurar-se como esfera pública, principalmente no exercício do controle e da participação social. Entretanto, verificaram-se potencialidades a serem desenvolvidas para que este espaço se torne mais que um espaço formal de legalização da política de saúde, mas sim um espaço de representação e visibilização dos interesses coletivos, por meio da participação social, fortalecendo assim o processo de cidadania e de garantia do direito à saúde como política pública. Neste sentido, propõe-se que haja um trabalho interligado entre Conselho de Saúde e Serviço Social para que sejam superadas as limitações.

PALAVRAS-CHAVE: conselho de saúde, controle social, participação social, esfera pública.

ABSTRACT

This Final Work of Graduation is the study conducted at the Municipal Health Council in Sao Borja, on the first semester of 2010. The goal is “To analyze how it sets up, or not, social control and participation in the municipal Health Council in Sao Borja, in the sense of strengthen the Council as an area of struggle and citizenship defense”. Based on the understanding that this is, legally, the instance of social control by excellence, also seeks to understand if this Council of health is configured as a public sphere, understood as a political discussion, which prevails in the contest of contradictory interests. The study is a qualitative one guided by the critical-dialectical method, which were used for the data collection instruments, systematic observation and driven interview. For data analysis it was used the technique of content analysis, through the categorization process and the main categories are: social control, participation and public sphere. The results showed a contradictory space in which there are many limitations so it can be set up as a public sphere, especially in the exercise of control and social participation. However, there was potential to be developed so that this space becomes more than a space of formal legalization of health policy, but a space of representation and visualitization of collective interests through social participation strengthening citizenship process and guarantee the right to health as public policy. In this sense, it is proposed that there is a job interlinked between Health Council and Social Services so that they overcome limitations.

KEY WORDS: Health Council, Social Control, Social Participation, Public Sphere

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos conselheiros.....	41
TABELA 2: Denominação dos entrevistados.....	42
TABELA 3: Perfil dos Conselheiros.....	45

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Quadro Metodológico.....	35
-------------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Assistência psicossocial
CEMAE - Centro Municipal de Atendimento Especializado
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CMS/SB- Conselho Municipal de Saúde/São Borja-RS
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CONASEMS - Conselhos Nacionais das Secretarias Municipais de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS - Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAPs - Institutos de Assistência Previdenciária
INPS - (Instituto Nacional da Previdência Social
MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia
MDU – Ministério do Desenvolvimento Urbano
MEC/SESU - Ministério Educação e Cultura
MPAS/Inamps – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
MTb – Ministério do Trabalho
PREVsaúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SALTE - Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE	14
2.1 A política de saúde no Brasil: da inexistência aos primeiros movimentos da Reforma Sanitária.....	14
2.2 Do Movimento da Reforma Sanitária aos desafios contemporâneos para efetivação do direito à saúde.....	23
2.3 Controle social, um pressuposto para a democracia: entre a legalidade e a realidade.....	28
3 A METODOLOGIA DO ESTUDO	34
3.1. A escolha do tema e a definição e caracterização do <i>locus</i> do estudo: Conselho Municipal de Saúde de São Borja.....	34
3.2. O método e o tipo de estudo.....	38
3.3. Procedimentos de coleta e análise de dados.....	40
4 RESULTADOS: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BORJA: UM ESPAÇO DE CONTROLE SOCIAL?	44
4.1. O Conselho Municipal de Saúde/ São Borja configura-se como espaço de controle social?.....	44
4.2 O controle social e a participação: elementos fundamentais na caracterização do Conselho Municipal de Saúde de São Borja como espaço de efetivação da cidadania.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	69

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho Final de Graduação é exigência para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social e, por isso, contém a sistematização dos conhecimentos apreendidos ao longo da graduação, articulados ao Projeto Ético-Político da profissão; e do tema central deste, controle social.

O presente estudo resulta da pesquisa que versa sobre o tema controle social e, é fruto da inquietação causada pela identificação da ausência de participação dos usuários e familiares destes, na gestão do serviço de atenção à saúde mental CAPS I, do município de São Borja, durante o período de Estágio Supervisionado em Serviço Social I no primeiro semestre de 2009.

Durante o período do Estágio objetivava-se compreender os motivos da não participação dos usuários e de seus familiares. Porém durante a vivência entendeu-se primordial verificar a participação social e, por conseguinte, o controle social na instância privilegiada para tal, na área da política de saúde: o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Portanto, a fim de estudar a configuração do CMS de São Borja, tendo como categorias principais o controle social e a participação social, optou-se por um projeto de pesquisa, que foi executado no primeiro semestre de 2010.

O problema deste estudo é: “Como se configura, ou não, no ano de 2010, o controle social no Conselho Municipal de Saúde do Município de São Borja?” E tem como objetivo principal “Analisar como se configura, ou não, o controle social no Conselho Municipal de Saúde de São Borja, no sentido de fortalecer as práticas conselhistas como espaço de luta e defesa da cidadania”.

De forma a responder a este problema, definiu-se pela pesquisa do tipo qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico o método Dialético-Crítico e buscou-se referências bibliográficas na área da política de saúde e do controle social.

Para abordar o tema de estudo e os resultados do mesmo, este trabalho divide-se em três capítulos. O primeiro aborda o referencial teórico utilizado para apreender a dimensão do controle social na área da saúde, a partir de uma abordagem histórica. Para tanto, se buscou na história da saúde no Brasil como esta se constituiu de práticas assistencialistas e de seguro para se configurar como

política pública da Seguridade Social, com caráter universal. Salieta-se nesse percurso histórico as características assumidas pelo controle social vinculadas a essa política.

No segundo capítulo é caracterizado o *locus* deste estudo, que é o Conselho Municipal de Saúde de São Borja, o caminho percorrido para a coleta e análise dos dados, incluindo a definição do método, do tipo de pesquisa e dos instrumentos utilizados.

No terceiro é abordada a análise dos resultados obtidos através dos dados da pesquisa. Este se subdividiu primeiramente na problematização acerca da estruturação e organização do Conselho Municipal de Saúde de São Borja e como estes aspectos colaboram ou não na configuração deste espaço enquanto esfera pública. No segundo item, destaca-se a caracterização, nesta instância, das categorias controle social e participação, fundamentais para a efetivação da esfera pública e a garantia da cidadania.

Com a finalidade de responder mais claramente ao objetivo geral e ao problema desta pesquisa, as considerações finais trazem uma síntese deste trabalho e reflexões acerca do tema estudado, bem como algumas reflexões sobre a trajetória da acadêmica, autora do presente estudo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo é o referencial teórico do estudo, pois abordará a história da saúde no Brasil a partir do momento que ela passa a ser entendida como política pública até os dias atuais, quando ainda se enfrentam desafios para a efetivação do direito à saúde.

Como categoria transversal a este capítulo está o controle social, trabalhado a partir dos diferentes conceitos atribuídos ao longo das décadas da política de saúde até sua inserção na legislação brasileira enquanto princípio desta política e o conceito que será utilizado na análise desta pesquisa.

O capítulo está dividido em dois subitens que abordarão a trajetória histórica até os dias atuais, assim como os conceitos de controle social adotados nesta política ao longo da história dessa; e os conceitos e legislações atuais acerca do controle social, assim como as categorias que os sustentam.

2.1 A política de saúde no Brasil: da inexistência aos primeiros movimentos da Reforma Sanitária

A sociedade brasileira viveu longos períodos de Colônia e Império, marcados pela escravidão, e durante os quais inexistia um sistema de saúde. Grande parte da população utilizava-se da medicina de “*folk*”¹ para tratar suas doenças, enquanto os senhores de café, a elite da época, tratavam-se com profissionais da medicina legal, trazidos de Portugal. (BERTOLOZZI; GRECO,1996)

Durante o período imperial, com a chegada da família Real ao Brasil, foi criada a Academia Real de Medicina Social, na Bahia, que tinha como objetivos a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência, o que contribuiu para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil. Porém, como citado anteriormente, somente a elite brasileira tinha acesso a atendimentos embasados nesses conhecimentos (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

¹ Medicina popular, sem embasamento científico, que se utiliza de ervas como tratamento de doenças. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/072/72quintana.htm>

Enquanto nos países europeus a saúde já era vista como responsabilidade do Estado, tendo em vista o momento histórico marcado pelo Estado de Bem-Estar Social que vivenciavam, muito embora esta concepção de saúde ainda estivesse aliada ao nascimento da medicina social e limitada aos trabalhadores; no Brasil, somente no século XX, já no período republicano, é que a política de saúde começa a ser construída, passando por vários momentos políticos e econômicos, cada qual com um conceito de saúde; pois a saúde emerge como “questão social” no surgimento do trabalho assalariado da economia cafeeira, no início dos anos 20 (BRAVO, 2006).

Na primeira constituição após a Proclamação da República, assinalava-se que os estados maiores tinham preponderância sobre as decisões nacionais, o que configurou a política “café com leite”, resultado da alternância de poder entre os estados de Minas Gerais e São Paulo. Foi nessa forma política que se estabeleceram estruturas e locais de atuação na área da saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

As primeiras intervenções do Estado se deram no âmbito da contenção das epidemias, através das campanhas de vacinação, e no que se refere ao saneamento urbano e rural, higiene industrial e materno-infantil. Paralelamente às ações do Estado, ocorriam os encontros entre sanitaristas, que buscavam soluções mais eficazes para as questões da saúde, sendo uma delas, a “educação sanitária”, permeada por um discurso de ordem liberal (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Alguns acontecimentos marcaram essa trajetória, como a Reforma Carlos Chagas de 1923, que buscou ampliar a responsabilidade do Estado no atendimento à saúde; a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a partir de questões de higiene e saúde do trabalhador, e que foram o sistema embrionário do esquema previdenciário do Brasil (BRAVO, 2006). As CAPs eram financiadas pela empresa, pelos empregados e pelo governo, dessa forma, somente grandes instituições poderiam mantê-las, assim sendo, inicialmente, apenas categorias como os ferroviários, estivadores e marítimos as conseguiram, enquanto as demais foram beneficiadas depois de 1930.

Nesse contexto, a intervenção estatal é balizada no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. Assim, com o processo de industrialização se intensificando na década de 30, ocorreram algumas mudanças na sociedade brasileira, como no que se refere ao

papel do Estado, a criação de políticas públicas como forma de responder às reivindicações dos trabalhadores e as condições mínimas de reprodução da força de trabalho exigidas pelo capital. A realidade sócio-econômica e política desse período fez com que a questão social passasse a ser entendida como uma questão política, ou seja, essas questões, de saúde principalmente, precisavam ser enfrentadas de maneira mais profunda, mais sistemática (BRAVO, 2006).

Para atender à política de saúde, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, no Estado Novo, porém com abrangência restrita a alguns segmentos de trabalhadores. As ações deste ministério voltavam-se para a criação de condições sanitárias mínimas na infra-estrutura necessária para suportar os contingentes migratórios; o que era, no entanto, limitado devido aos gastos desnecessários com modelos campanhistas (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

Cabe ressaltar que durante o Estado Novo a indústria avançou e as reivindicações trabalhistas aumentaram e que o governo, com a criação do salário mínimo, não conseguia satisfazer as necessidades desses trabalhadores. A sociedade ficava cada vez mais desigual devido às diferentes condições de trabalho e assistência; os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) não cobriam todas as demandas, o que gerou a necessidade das empresas tentarem atendê-las por meio da criação de ambulatórios e serviços terapêuticos; assim como cresceu a indústria de fármacos, demonstrando novamente o caráter curativo em detrimento do preventivo na política de saúde brasileira (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

Mesmo com a política de saúde sendo entendida como “questão social” e após o General Eurico Gaspar Dutra assumir o governo e implantar o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), colocando a saúde como prioridade, no quesito financiamento, esta política nunca teve realmente lugar de destaque (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

O ganho deste período foi a ampliação da assistência médica para todas os Institutos de Aposentadorias e Pensões (antigas CAPs), por meio de barganhas e pressões de alguns poucos líderes da massa trabalhadora que estava desarticulada.

Em 1941 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, cujo tema era “Situação sanitária e assistencial dos estados” e objetivos resumidos em:

[...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía [...] (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1941 *apud* BRASIL, 2009, p.12).

A Política Nacional de Saúde foi consolidada no período de 1945-1950, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante a Segunda Guerra Mundial, e com as melhorias na situação da saúde da população no período de 1945 a 1964, com algumas variações nos anos 1950, 1956 e 1963; mesmo não eliminando o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e mortalidade geral (BRASIL, 2009).

Embora, na I Conferência Nacional de Saúde, tenha sido definido que estas aconteceriam a cada dois anos, somente em 1950 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde, uma vez que nestes nove anos de intervalo incidiu o momento de transição do Estado Novo para um novo período democrático. Este momento foi marcado por pressões ao governo e manifestos por parte da população, além de, em 1946, com o a posse de um novo presidente eleito, começar os trabalhos para a elaboração de uma nova Constituição; isto tudo contribuiu para o adiamento da Conferência Nacional de Saúde, tendo em vista que sua organização era responsabilidade do Ministério de Educação e Saúde, ou seja, órgão do governo, que estava envolvido nesses acontecimentos.

Como resultados da II Conferência Nacional de Saúde obteve-se o estabelecimento de legislações referentes à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes, todavia não há registros formais (BRASIL, 2009).

A partir dos anos 50 a estrutura hospitalar privada e com fins lucrativos já estava montada e a classe médica ligada ao capitalismo era a mais organizada, entretanto a assistência médica previdenciária, até 1964, permaneceu sendo fornecida nos Institutos (BRAVO, 2006). Por fim, ainda, neste período, foi criado o Ministério da Saúde, que ficou com a menor parte do orçamento do antigo ministério (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

Surge a primeira política nacional de saúde, em dois sub-setores: saúde pública, que predominou até a década de 60 e se centralizava na criação de

condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de forma restrita, à população rural; e medicina previdenciária, que só tomará forças e se sobreporá a partir de 1966 (BRAVO, 2006).

Antes do Golpe Militar e após dez anos da criação do Ministério da Saúde, em 1963, acontece a III Conferência Nacional de Saúde, que propôs a descentralização da política e a municipalização dos serviços, além de propor a criação de um plano nacional de saúde. Ressalta-se que nestas conferências poderiam tomar parte, ou seja, tinham voz ativa, apenas pessoas indicadas pelo Ministério para serem Delegados Federais; os delegados e assessores de cada ente federado tinham direito a assento (BRASIL, 1963).

Essa Conferência definiu como ideologia da saúde, a do desenvolvimento econômico, baseada que estava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. Estes últimos eram princípios tidos como "fontes de saúde" (ROSSI *apud* BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A partir de 1964, ano do Golpe Militar, o Brasil vive um regime ditatorial que perdura até 1985, um período de supressão de muitos direitos, entretanto de forte crescimento econômico e criação de políticas sociais, de cunho controlador:

Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2007, p. 41).

O setor saúde continuou assumindo características capitalistas, como ênfase na prática curativa, individual, assistencialista e especializada; e incorporou modificações tecnológicas do exterior, a partir da articulação do Estado com o capital internacional via indústria farmacêutica e equipamento hospitalar. Bravo (2007) destaca o crescimento da medicina previdenciária, por meio da extensão da cobertura previdenciária, que passou a abranger quase toda a população urbana, e da interferência estatal que orientava para uma prática de geração de lucros.

A extensão da cobertura previdenciária ocorre pela criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), que unificou todos os IAPs, concentrando recursos para a aquisição de serviços privados de saúde e suspendendo a participação de

representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento de programas de saúde (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

Uma característica marcante deste período é o aumento da concentração de renda, fruto do forte crescimento das indústrias de bens de consumo duráveis, que resultou no aumento da participação da população de maior renda no Produto Interno Bruto (PIB) e a diminuição da participação da população mais pobre; neste período, também, que o orçamento do INPS passa a ser o 3º maior da nação, tendo ocorrido a expansão da cobertura da assistência médica aos trabalhadores rurais, empregados domésticos, autônomos e para os casos de acidentes de trabalho (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

A IV Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1967, retoma o caráter de espaço de debate técnico, com participação de especialistas nos temas e autoridades dos Ministérios. O tema desta conferência “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, focalizando a identificação das necessidades de formação destes recursos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de nível superior na capacitação dos profissionais e no desenvolvimento de programas na área (BRASIL, 2009).

Em 1974, um fato relevante para a política de saúde: foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista; visto que o INPS tinha grande importância no cenário financeiro da época, uma vez que o sistema econômico começara apresentar falhas desde 1973. Ao mesmo tempo, foi criado o FAS, Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, cujo interesse era apoiar financeiramente as ações do Estado referentes a programas e projetos de interesse do setor público na área social, como também projetos nesta área que fossem de interesse do setor privado, entretanto distorceu-se essa finalidade ao ponto do FAS ter sido utilizado apenas para expandir o setor privado (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

Durante os anos de 1974 a 1979 percebe-se a inconformidade da população com o regime, a partir das eleições para o Legislativo, nas quais a oposição foi maciçamente votada e com a emergência de movimentos sociais por melhores condições de vida, nesse âmbito também da saúde, uma vez que o país enfrentava um momento de aprofundamento da dívida externa, de elevação da taxa inflacionária e de recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego

e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras; assim como de movimentos pela abertura política (BRAVO, 2007).

Na década de 70 emerge o movimento que dá base para a posterior criação do Sistema Único de Saúde, o Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento acontecia paralelamente ao de outros segmentos da sociedade pela liberdade política e, como estes, teve seu surgimento ligado aos meios acadêmicos. Estabeleceu princípios, como a democracia e a implementação de uma política universal de saúde, nas Conferências de Saúde, os quais foram integrados ao texto constitucional na década de 80. Este movimento persiste atualmente na luta para efetivação do “SUS constitucional”, defendendo os direitos e princípios deste (SANTOS, 2009).

A V Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1975, debateu cinco temas, entre eles a criação do Sistema Nacional de Saúde e a distribuição das atribuições entre o Ministério da Saúde (responsável pelas ações coletivas de saúde pública) e o sistema de assistência médica previdenciário, (responsável por ações de assistência à saúde individual).

Dois anos depois, em 1977, aconteceu a VI Conferência Nacional de Saúde, que, embora o grande tema tenha sido o controle de endemias, já apareceram elementos relacionados à democratização nos processos decisórios e a relevância da criação de uma Política Nacional de Saúde que fosse entendida como:

[...] corpo de doutrina para fins operacionais que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou pelos seus representantes e lideranças (BRASIL, 1977, p.9).

De acordo com a conjuntura que se apresentava, o Estado enfrentava a questão social de modo a apenas canalizar as reivindicações e pressões populares; uma das medidas adotadas foi a criação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, que colocou entre suas prioridades a implementação de política social de redistribuição de renda e a atenção dada previdência social neste período.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. (BRAVO, 2006. 94-95)

Para enfrentar essas tensões, não houve participação ativa dos trabalhadores e não se conseguiu reverter a ênfase da política de saúde da Previdência para a Saúde Pública, porém o Ministério da Saúde retomou as medidas de saúde pública, mesmo de forma limitada.

Ainda no ano de 1977, efetivou-se um movimento para promover a

[...] reordenação do sistema de saúde, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que congregava diversas entidades previdenciárias, como o Instituto de Administração Financeira (TAPAS), que gerenciaria o Fundo de Previdência de Assistência Social, o INPS - a quem competiria a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais -, o INAMPS - que se responsabilizaria pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais -, além da Fundação Legião Brasileira de Assistência - voltada para a prestação de assistência social população carente, da Central de Medicamentos (CEME) e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, dentre outras (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Embora este movimento visasse à racionalização e reorganização da saúde, sua implantação repercutiu de forma totalmente diferente das proposições e acabou fragmentando os poderes e dividindo para diversos organismos as diferentes tarefas da Previdência.

A partir do ano de 1979 começa o período de abertura política para a redemocratização do país, com um projeto liberalizante controlado pelo Estado. É promulgada a lei da Anistia, nasce a lei de orgânica dos partidos e agrava-se a crise econômica, aumentando o custo de vida, o desemprego, a diminuição do consumo e surge a crise da previdência (BRAVO, 2007).

A saúde passa ser vinculada a democracia, ocorrendo movimentos por parte dos profissionais da área. No entanto, a medicina permanecia privada, embora houvessem propostas de canalizar recursos do setor público, o que já ameaçava a hegemonia do capital nesta área.

Nos anos 80 crescem os movimentos sindicais e grevistas, em busca da estabilidade do emprego e reajuste salarial de acordo com a inflação. Era um período de grave crise financeira que afetava intensamente a Previdência Social.

A VII Conferência Nacional de Saúde, de 1980, reuniu 402 participantes, a maioria representando órgãos públicos, em torno do tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” e anunciou a necessidade de mudanças na configuração das conferências e no sistema, visto que o

[...] sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor (BRASIL, 2009, p.15).

Cabe destacar a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAúde), visando à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, que na sua primeira versão reconhecia a necessidade de reformulação das prioridades e alteração dos métodos da política nacional de saúde, que mantinham um modelo caótico elitista e corruptor não atendendo os interesses da população de trabalhadores do setor (BRAVO, 2007).

A consolidação do movimento dos profissionais de saúde implicou em algumas mudanças, como a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado 1981, tendo por finalidade recomendar políticas com relação à assistência à saúde da previdência social.

Em 1985, deu-se o início da abertura política depois da morte do presidente Tancredo Neves e ascensão de José Sarney na presidência, sendo estabelecidas eleições diretas para todos os cargos e partidos políticos.

Quanto ao governo de Sarney, destaca-se a política econômica, pois o governo adotou uma medida de impacto ao lançar o Plano Cruzado, a qual recebeu apoio popular até o surgimento de problemas, como: a escassez de mercadorias, a modificação de produtos, pelos empresários, para aumentar os preços e a elevação dos aluguéis. Este fato trouxe a reminiscência do autoritarismo e a vultosa dívida. Entretanto o marco desse período é a reinstitucionalização do país via constituinte (BRAVO, 2007).

Por fim, foram mudanças que marcaram a transição entre duas eras: a de privação de direitos da sociedade para o direito de, inclusive, participar da elaboração e implantação dos direitos.

2.2 Do Movimento da Reforma Sanitária aos desafios contemporâneos para efetivação do direito à saúde

A década de 80 é marcada pela participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população, através de conferências e seminários, que colaboraram na construção do projeto da Reforma Sanitária e que culmina na inclusão da saúde como direito de todos e dever do Estado, na elaboração da Constituição de 1988.

A VIII Conferência Nacional de Saúde é um marco por ter sido a primeira na Nova República e por ter sido impulsionada pelo Movimento Sanitário², o que a fez mudar de direção, ultrapassando os debates em torno das técnicas e avançando nos debates sobre direitos e participação popular.

O temário da conferência era composto pelos seguintes itens:

- 1) saúde como direito;
- 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e
- 3) financiamento do setor (BRASIL, 2009).

A grande mudança nesta conferência foi o processo de mobilização que estimulou a participação de mil delegados com voz ativa entre quatro mil presentes, representantes de todos os diferentes segmentos e estimulando, também, as pré-conferências estaduais.

As resoluções propunham inscrições na Constituição, a fim de garantir a saúde como direito de todos, de interesse coletivo e dever do Estado; além da criação de um Sistema Único de Saúde, com princípios baseados quanto à organização: na descentralização, integralização, regionalização e municipalização e participação popular; quanto ao acesso: universalidade, equidade, qualidade, respeito à dignidade, direito a acompanhante e assistência psicológica.

Essas resoluções serviram de base para o trabalho da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que reuniu pelo lado do governo representantes de sete ministérios: Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS/Inamps), Trabalho

² O Movimento pela Reforma Sanitária ocorreu no final da década de 1970 e durante a década de 1980, reunia profissionais da área da saúde e intelectuais em defesa de uma transformação do sistema de saúde e reconceituação da saúde. Dentre as características deste movimento estão: Estado democrático de direito, a saúde como direito social e dever do Estado, ampliação das conquistas sociais, democratização do acesso, financiamento efetivo, déficit social, descentralização com controle social (BRAVO, 2006).

(MTb), Desenvolvimento Urbano (MDU), Planejamento (Seplan), Ciência e Tecnologia (MCT), Educação e Cultura (MEC/SESU); além dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS); e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara.

A comissão reuniu, ainda, as seguintes representações: confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura (CUT, CGT e Contag); de federações sindicais e associações de profissionais de saúde, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); de movimentos sociais (Conam); de confederações patronais, como as Confederações Nacionais da Indústria (CNI), da Agricultura (CNA) e do Comércio (CNC); de associações de classe de provedores do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (CMB) (BRASIL, 2009).

O ano de 1988 é marcado pela promulgação da nova Constituição, conforme Bravo (2006), a qual representava “a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRAVO, 2006, p.96).

A Assembléia Constituinte dividia-se em dois blocos no que se referia à saúde: grupos empresariais e forças propugnadoras da Reforma Sanitária. O segundo grupo, plenária das entidades, contou com forte apoio popular e melhor organizou-se para pressionar os constituintes, tendo alcançado seus objetivos.

O texto final da Constituição de 1988 “introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente” (BRAVO, 2006, p.96), tendo como principais aspectos o reconhecimento dos direitos sociais dos sujeitos, dentre eles a saúde, como parte do tripé da Seguridade Social (Previdência Social, Assistência Social e Saúde) e a aprovação do direito universal a saúde, entendendo-se tal como dever do Estado e cabendo a este a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde; constituição do Sistema Único de Saúde (SUS); regulamentação da participação do setor privado no sistema de saúde, sendo esta de caráter complementar e não exclusivo e ocorrendo preferencialmente com as entidades filantrópicas e ainda, a proibição da comercialização de sangue e seus derivados. As proposições constitucionais foram aprovadas, porém regulamentadas posteriormente.

Outros aspectos destacados na Constituição são a regionalização e hierarquização do sistema de saúde, de acordo com três diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade; o financiamento se dará com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme artigo 198 da Constituição.

Todavia, com as eleições de 1989, tomou posse da presidência da República Fernando Collor de Melo, em meio a uma grave crise econômica, para a qual a solução foi a implementação da política neoliberal.

Uma das características dessa política foi a privatização, inclusive da política de saúde, o que adiou a implementação do SUS e a IX Conferência Nacional de Saúde e que só ocorreu, em 1992, após ampla mobilização popular (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

Em 1990 é regulamentada a Lei Orgânica da Saúde- nº 8.080/90, conforme o artigo 200 da CF/88. Esta lei controla as ações e serviços de saúde, criando o Sistema Único de Saúde, como anteriormente citado.

Vale ressaltar que o conceito de saúde que embasa a criação do SUS é o de que saúde é mais que ausência de doenças, é o bom padrão de vida da população, tendo como fatores determinantes e condicionantes, conforme artigo 3º da CF: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...].

Por fim, também na Lei 8.080/90, é orientado que a organização, a direção a gestão do Sistema, assim como o financiamento, já descrito acima, são de responsabilidade, conforme as competências da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Porém, é importante dizer que o Presidente Collor vetou artigos importantes desta lei, tais como:

[...] o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário (BERTOLOZZI; GRECO,1996).

Mas no mesmo ano, 1990, é sancionada a Lei 8.142/90, que institui as instâncias colegiadas das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, assim

como a criação do Fundo Nacional de Saúde, o repasse automático de recursos da União para Estados, municípios e Distrito Federal e os requisitos que os entes federados devem cumprir para o recebimento destes recursos, entre eles a existência de Conselho Estadual/ Municipal de Saúde com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990 (BRASIL, 1990).

Considerando Bravo (2006), percebe-se que embora legislado, o controle foi consolidando-se lentamente, e ainda o está até a contemporaneidade, visto que o país passou por um período no qual política de governo era extremamente neoliberal, liderado pelo Governo Fernando Henrique Cardoso – FHC, durante o qual se verificou a redução de direitos sociais e trabalhistas, ocasionando o sucateamento da educação e da saúde.

Dentre os prejuízos concernentes à saúde destaca-se o descumprimento de princípios legais e constitucionais do SUS, dentre eles o controle social que, como se vê foi tema da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, tendo como uma das principais contribuições a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias para a nacional, o que fortaleceu a participação em 2000 na qual o tema foi: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e na XII em 2003: “Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”; XIII em 2008: “Políticas de Estado e Desenvolvimento” (BRASIL, 2009).

Em 2003, com a posse do novo presidente, Luis Inácio Lula da Silva, esperava-se o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária; entretanto, nesse governo, mesmo que com alguns aspectos inovadores para a saúde, em consonância com tal projeto, este continua em disputa com o projeto de privatista de saúde.

Dentre os avanços do atual governo em relação ao projeto de reforma sanitária estão a escolha de profissionais comprometidos com este para ocupar cargos no Ministério da Saúde, a reestruturação deste Ministério e a realização da XII Conferência Nacional de Saúde, mesmo que ela não tenha sido tão avançada em relação a VIII quanto se esperava. Cabe ressaltar a criação da Secretaria de Gestão Participativa, responsável pela convocação e organização das conferências de saúde e estabelecer comunicação entre os níveis de governo e sociedade e assim, fortalecer o controle social (BRAVO, 2006).

Também no governo atual, é criada a Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, do Ministério da Saúde, referente a estrutura, funcionamento e composição dos Conselhos, na qual estão também as competências deste enquanto instância de controle social e espaço público, considerado um outro aspecto inovador.

A Resolução n.º. 333 define os Conselhos de Saúde como

[...] órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera do Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2003, p 4)

A resolução n.º. 333 apresenta o conselho como parte do processo de descentralização da gestão do sistema e lhe atribui como área de atuação “a formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2003, p.4).

Já os aspectos de continuidade da política dos anos 90 se caracterizam pela

[...] ênfase na focalização, na precarização, na terceirização de recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (BRAVO, 2006, p.104).

Então, pode-se dizer que embora o atual governo tenha trazido a expectativa da consolidação do “SUS constitucional”, visto que, mesmo depois de duas décadas, ainda há muitas diferenças do SUS real para o proposto pela reforma sanitária. A disputa entre os dois projetos (reforma e voltado para o mercado) tem sido liderada pelo que se volta ao mercado, a partir da adoção de medidas focalistas em detrimento das universalistas, nas quais a inclusão se dá por “grau de pobreza” e não por direito (BRAVO, 2006).

Dessa forma se põe o desafio de superar as desigualdades sociais no país tendo como uma das estratégias o levantar da bandeira pelo fortalecimento da Reforma Sanitária e a efetivação das propostas aprovadas em Conferências e Simpósios de Saúde (BRAVO, 2006).

2.3 Controle social, um pressuposto para a democracia: entre a legalidade e a realidade

O termo controle social não é algo novo, pois se relaciona ao fundamento do Estado capitalista; entretanto foi compreendido, ao longo da história brasileira como controle do Estado e das classes dominantes sobre os subalternos (RAICHELIS, 2009).

Sendo assim, o controle social pressupõe uma relação contraditória entre Estado e sociedade civil, na qual cada um tem interesses díspares, para os quais nem sempre há consenso (CORREIA, 2006) e, por isso, esse termo assume diferentes significados historicamente.

Pode-se dizer que este termo tem duplo sentido ao significar o controle da sociedade pelo Estado, por meio das políticas sociais que visam amenizar conflitos de classes que, como já citado, sendo aplicado com grande intensidade nos períodos ditatoriais brasileiros. Há ainda o controle do Estado para com a sociedade, exercido mais por meio de consenso entre as demandas das classes, na medida em que as das classes subalternas são incorporadas às políticas de acordo com os interesses da classe dominantes.

E contrariamente, o controle do Estado pela sociedade, numa perspectiva de correlação de forças entre classes subalternas e dominantes, ora pendendo para os interesses de uma, ora para os de outra, denominada como perspectiva democrática do controle social (SOARES, 2010), ou seja, a fiscalização, pela sociedade, das ações do Estado, assim como a interferência da sociedade nas decisões do Estado, ou ainda, representa “a luta de classes pela disputa de poder” (CORREIA, 2006, p. 116).

Dentre os conceitos de controle social, balizados pela perspectiva democrática, estão o de que controle social é a compreensão de uma relação Estado-sociedade, na qual devem existir práticas de vigilância e controle da sociedade sobre o Estado (CARVALHO *apud* CORREIA, 2006). O que significa dizer: o controle social é um meio de consolidar a cidadania, uma vez que democratiza os processos decisórios (BARROS *apud* CORREIA, 2006); ou ainda: o controle social representa um dos elementos da estratégia política da esfera pública (RAICHELIS *apud* CORREIA, 2006)

Cabe ressaltar este último conceito de Raquel Raichelis (*apud* CORREIA, 2006), posto que a forma que esta autora trabalha o controle social vai ao encontro de como ele é preconizado na legislação brasileira.

Legalmente, no Brasil, este conceito de controle do Estado para com a sociedade inverte-se a partir da Constituição Federal de 1988, porém, teoricamente, já nas Conferências das Políticas Sociais, e em destaque na área de Saúde, desde o final da década de 70, este tem sido tema de discussão, ou seja, tem-se debatido quais as forma de a sociedade controlar as ações do Estado, para que esse atenda cada vez mais os interesses da maioria da população, em detrimento dos interesses privados da elite (CORREIA, 2006).

Cabe ressaltar que essas conquistas são resultados das mobilizações sociais em destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde se articulou coletivamente muito da proposta da Reforma Sanitária, ou seja, compreendem o controle social como mecanismo de fortalecimento da democracia, instrumento de consolidação da cidadania e por isso é o controle das ações do Estado pela sociedade, pois os espaços de Conferência e Conselho existiam desde a década de 1940, mas eram ocupados por gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros (BRASIL, 2009).

Sendo assim, frente ao histórico do controle social na área da saúde a Constituição Federal de 1988 e as leis de regulamentação sancionadas em 1990 marcam um avanço na superação dos espaços de controle da política, outrora tratados no nos itens acima, que já existiam desde décadas anteriores como espaços para tratar assuntos internos dos ministérios ou meramente consultivos.

O controle social das políticas sociais públicas é assegurado pela Constituição Federal de 1988, no âmbito da Seguridade Social, conforme artigo 194, que se refere aos objetivos que norteiam as ações do Poder Público ao organizar as políticas que compõem a Seguridade Social: saúde, previdência e assistência social:

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988)

Especificamente, em relação à política de saúde, consta a participação da comunidade como diretriz desta, no artigo 198 da CF/88:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No processo de positivação dessa nova perspectiva de controle social a Lei 8.142/90 institucionalizou o mesmo através da criação e implementação das instâncias de conferência e conselho. A participação social é regulamentada na Lei 8.142/90: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]” (BRASIL, 1990).

A instituição das Conferências e Conselhos passaram a ser compostos por representantes de diversos segmentos e recebem novas atribuições, tais como a realização das Conferências a cada quatro anos, o papel de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a política de saúde; enquanto os Conselhos tornaram-se órgãos deliberativos permanentes em todos os níveis de gestão do sistema e com composição paritária dos usuários com os demais segmentos (BRASIL, 2009).

Conforme indicado na Lei 8.142/90:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Para compreender essa perspectiva de controle social garantida na legislação, faz-se necessário articular participação, compreendida como *participação social*, que significa a capacidade do homem relacionar-se com as demandas sociais como um todo, não apenas as relacionadas aos grupos que pertence, o que a difere da participação comunitária e popular, pois objetiva a “universalização dos direitos sociais e a interferência da sociedade no aparelho estatal” (SOUZA, 2006, p. 175) enquanto as outras formas de participação visavam complementar ou combater o Estado.

Este é o entendimento de participação enquanto cidadania, esta definida por Coutinho (2009) como um processo histórico em que indivíduos ou todos, no caso de democracia, conquistam a capacidade de apropriarem-se dos bens socialmente criados, assim como de intervirem na vida social em cada realidade historicamente determinada, ou seja, “é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas” (COUTINHO, 2009) e esfera pública.

Por controle social entende-se a vigilância da sociedade sobre as ações do Estado (CARVALHO *apud* CORREIA, 2006), considerando-se uma “perspectiva da democratização dos processos decisórios” (BARROS *apud* CORREIA, 2006, p.119), ou seja, a interferência da sociedade nas ações do Estado, de maneira a priorizar os interesses coletivos em detrimento dos privados.

Por isso, participação e controle social são termos intrínsecos, uma vez que o primeiro é a forma que caracteriza o outro quando se refere às políticas públicas, pois só há controle social quando há participação social na elaboração e fiscalização das políticas públicas (SOUZA, 2006). Ambas são formas de efetivar o exercício democrático da cidadania, por meio da interferência dos sujeitos na defesa e garantia dos seus direitos, assim como da gestão do Estado.

Este novo conceito dos Conselhos de Saúde, preconizado na legislação, lhes dá caráter de esfera pública, visto que a eles cabe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde (BATISTA, 2007). Ou seja, são espaços de discussão, disputa de interesses e processos decisórios conflituosos marcados pelos interesses de classe que se manifestam. É um espaço fundamentalmente político, onde os representantes de segmento sociais devem estabelecer interlocução entre o público e o privado, o pessoal e o coletivo, ultrapassando o discurso e partindo para a ação/ deliberação (RAICHELIS, 2009).

Portanto, para ampliar o espaço do Conselho em esfera pública, onde possam ser discutidas necessidades coletivas, comum a toda sociedade, e onde os cidadãos possam, mais que discutir, agir/deliberar juntamente aos gestores públicos, deve-se entendê-lo como um espaço de conflitos de interesses e opiniões contraditórios, é indispensável a formação de uma postura na qual

[...] sujeitos sociais estabelecem uma interlocução pública, que não é apenas discursiva, mas implica na ação e na deliberação sobre questões que dizem respeito a um destino comum/ coletivo (RAICHELIS, 2009, p.9).

Para Raichelis (2009), controle social é elemento constitutivo da esfera pública, portanto é necessário compreender o sentido dessa expressão para compreender sua abrangência.

Por esfera pública entende-se um “espaço essencialmente político” (RAICHELIS, 2009, p. 8) na democracia em que todos os sujeitos têm “vez e voz”, no qual tudo tem visibilidade, indo além do discurso na interlocução pública da qual os sujeitos participam, para a deliberação de propostas de interesse coletivo, respeitando a publicidade e transparência das ações, a defesa das demandas de interesse público, em detrimento dos interesses privados, por meio de sujeitos políticos mediadores e ampliação dos debates (RAICHELIS, 2009).

Os conselhos devem ser, portanto, esferas públicas, enquanto espaços de lutas de interesses e ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia seja no âmbito do Estado, ao qual “imprime maior responsabilidade pública aos governos” (SOUSA, 2003, p.80) ou no da sociedade, possibilitando “a emergência de novos sujeitos políticos” (SOUSA, 2003, p.80). Embora atualmente ainda hajam limites a serem ultrapassados e possibilidade de efetivação deste a serem executadas.

Como meio de evidenciar as potencialidades do Conselho Municipal de Saúde de São Borja busca-se uma das competências deste espaço, determinadas pela Resolução nº 333:

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 11)

E as relaciona com os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde, tais como o papel:

[...] participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde²⁵;

[...] estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando o fortalecimento do controle social, através de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica (CFESS, 2009, p. 31 e 32)

Esta relação se dá na medida em que é competência do assistente social produzir conhecimento acerca de direitos, políticas públicas e, portanto dos conselhos e do controle social, assim como é competência do Conselho Municipal de Saúde promover tais pesquisas e proporcionar a inserção desse profissional neste espaço, como forma de, em conjunto, estimularem a participação social, com vistas a efetivar o controle social, por meio da visibilidade produzida acerca destes por pesquisas.

3 A METODOLOGIA DO ESTUDO

Este capítulo traz o percurso deste estudo, desde o que motivou a escolha do tema, a definição do *locus* do estudo e sua caracterização. Apresenta o método utilizado e o percurso metodológico desta pesquisa, inclusive a descrição e fundamentação da coleta e análise dos dados, assim como dos instrumentos utilizados para isto.

Para abranger estes aspectos o capítulo foi subdividido em 3 subitens, da seguinte maneira: o primeiro trata do histórico do estudo e do *locus* deste; o segundo aborda o método utilizado e sua relação com tipo de pesquisa realizada; o terceiro traz toda descrição e fundamentação de como ocorreu a coleta dos dados, os instrumentos utilizados e a análise dos dados, além dos quesitos éticos que sustentaram o estudo.

3.1 A escolha do tema e a definição e caracterização do *locus* do estudo: Conselho Municipal de Saúde de São Borja

Este estudo tem como tema o controle social no Conselho Municipal de Saúde do município São Borja/RS no ano de 2010.

O interesse pelo tema “controle social” surgiu na experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I – Dr. Caio Escobar, do município de São Borja, durante o ano de 2009.

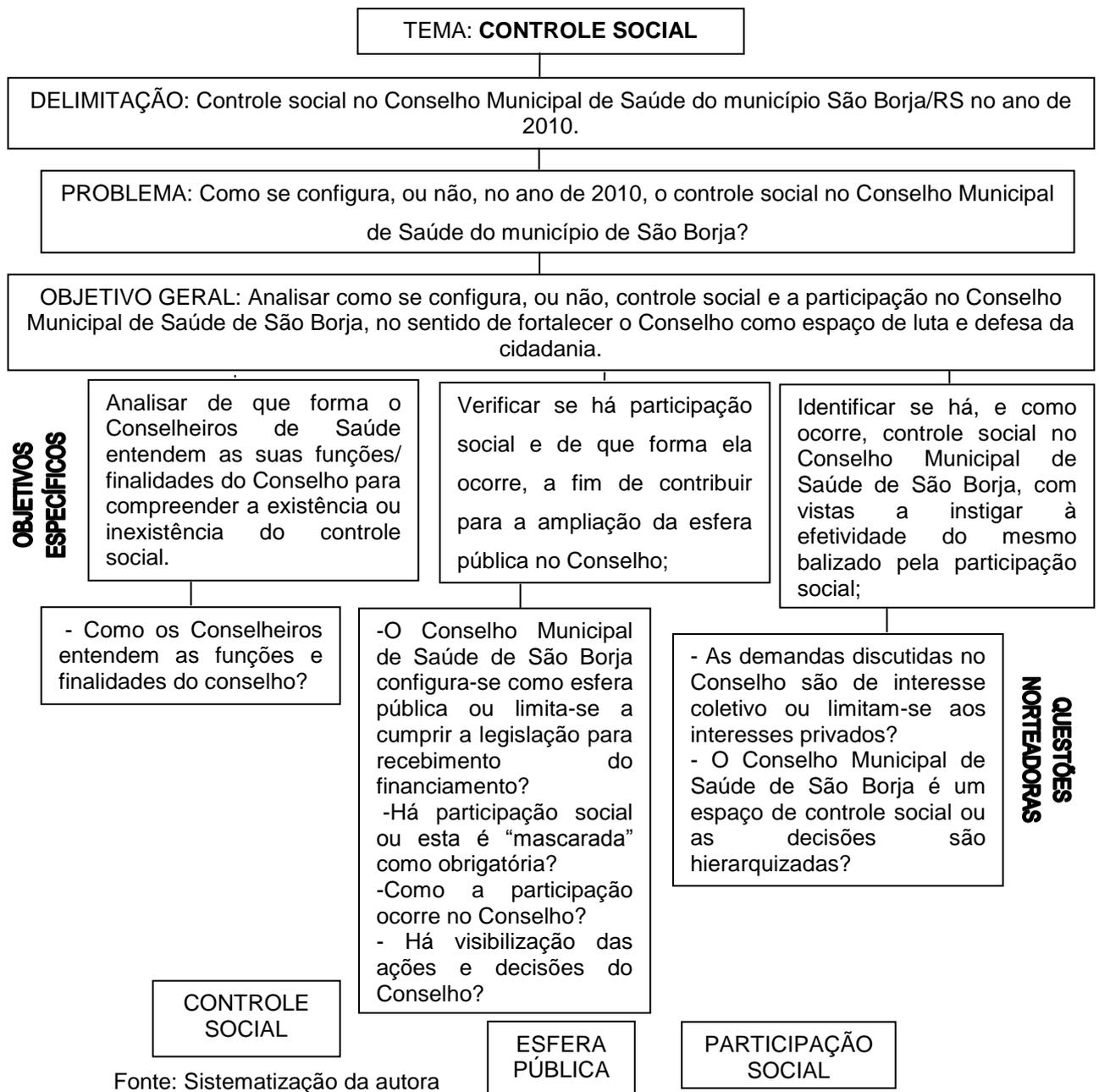
Neste serviço de saúde constatou-se, que, durante esse período, os usuários e seus familiares não eram consultados sobre as decisões conexas aos serviços e sequer tinham um espaço no qual pudessem opinar sobre estes.

A partir da constatação da falta de um espaço para tanto, pareceu pertinente problematizar acerca da efetividade do controle social no âmbito da política de saúde como um todo no município de São Borja e, partindo-se do pressuposto que o Conselho Municipal de Saúde é um espaço de controle social por excelência, determinou-se que este fosse o *locus* do estudo.

Devido o interesse pelo tema e a construção do projeto de pesquisa terem se dado no segundo semestre de 2009, o estudo realizou-se no primeiro semestre de 2010, no Conselho Municipal de Saúde, buscando **analisar, principalmente, como se configura, ou não, controle social no Conselho Municipal de Saúde de São Borja, no sentido de fortalecer as práticas conselhistas como espaço de luta e defesa da cidadania** (DREWS, 2009).

Abaixo o quadro-síntese do tema, delimitação do tema, problema de pesquisa, objetivo geral, objetivos específicos, questões norteadoras e categorias explicativas da realidade, respectivamente:

FIGURA 1 – QUADRO METODOLÓGICO



Para compreender os resultados da análise dos dados obtidos faz-se necessário conhecer a história e a configuração do Conselho Municipal de Saúde de São Borja (CMS/SB), o qual foi criado em 5 de novembro de 1995, pela Lei Municipal 2.296/95, em cumprimento à Lei Federal 8.142/90, que exigia a existência do Conselho Municipal para o repasse de verbas.

Inicialmente foi composto por 12 membros titulares e 12 suplentes, que eram, conforme o atual presidente e membro da época, convidados pelo prefeito municipal e pelo secretário da saúde.

Em entrevista acerca do histórico do CMS/SB para este estudo, o atual presidente do mesmo, atuante desde a criação deste³, relata que o Conselho foi criado com “vícios de origem”, que ele citou como a escolha dos membros conforme a vontade dos gestores, a presidência sempre ocupada pelo Secretário de Saúde e a realização das reuniões na Prefeitura Municipal.

Segundo o presidente, ao longo dos anos o Conselho Municipal de Saúde de São Borja foi adequando-se às legislações, aumentando o número de conselheiros para 18 e, posteriormente, 24.

Além de aumentar os membros, adequou as quantidades aos segmentos, para que houvesse a paridade, ou seja, 50% dos membros serem representantes dos usuários e os outros 50% divididos igualmente entre representantes dos gestores, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde.

Atualmente, o CMS/SB está em conformidade com as legislações, havendo 24 membros titulares e 24 suplentes, os quais são indicados pelas instituições convidadas, conforme depoimento do atual presidente.

Para a Mesa Diretora (presidente e vice-presidente) as eleições ocorrem a cada dois anos, na última quinta-feira do mês de novembro dos anos pares. A composição desta Mesa deve obedecer à paridade entre os segmentos de gestores, trabalhadores e prestadores de serviços da saúde e o segmento dos usuários (CMS – São Borja, p.3). Entretanto, por falta de quem se candidate, o mesmo conselheiro alterna o cargo de presidente e vice desde a criação do CMS/SB, tendo ficado afastado apenas três anos, conforme mencionado por ele na entrevista.

³ O atual presidente atua em órgãos vinculados ao controle e financiamento da saúde desde a década de 1980, tais como: INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e AIS (Ações Integradas de Saúde); e foi colaborador na criação do Conselho Municipal de Saúde de São Borja, 1995.

Atualmente, o CMS possui um Regimento Interno, porém não há a data de criação no documento, nem o presidente e nem a secretária souberam informá-la. Este documento atualiza as atribuições, a composição, as eleições e o funcionamento deste; algumas determinações:

Atribuições: [...] acompanhar a movimentação e destinação dos recursos; [...] estimular a participação comunitária no controle da administração do sistema público de saúde; fiscalizar e acompanhar as ações em saúde; examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e serviços de saúde, como apreciar os recursos a respeito das deliberações do colegiado (CMS – São Borja, p. 1, 2)

Composição: [...] os membros titulares e suplentes são indicados e nomeados pelo Poder Executivo; os órgãos e entidades podem propor, a qualquer tempo, substituição de seu representante; [...] o exercício da função de conselheiro não será remunerada [...] (CMS – São Borja, p. 2);

Núcleo de Coordenação: deverá ser composto por um presidente, um vice-presidente⁴, um primeiro secretário e um representante do Conselho no Fundo Municipal de Saúde (CMS – São Borja, p. 4)

Funcionamento: reuniões mensais ordinárias e, quando necessário, reuniões extraordinárias; [...] as deliberações serão tomadas através do voto aberto e por maioria simples de votos; as reuniões são organizadas em duas fases: Expediente, constituído pela leitura, discussão e votação da ata da reunião anterior, avisos, comunicações, correspondências expedidas ou recebidas e apresentação de documentos de interesse do CMS; Ordem do Dia, apresentação, discussão e votação das matérias designadas (CMS – São Borja, p. 6, 7).

Cabe destacar, quanto à estrutura física, que o Conselho possui uma sala no CEMAE (Centro Municipal de Atendimento Especializado) para arquivo de atas, estatutos, legislações, atendimentos a cidadãos que queiram informações ou fazer reclamações. Porém não há estrutura para reuniões e frequentemente ficam sem espaço para a realização das mesmas, contrariando a legislação. Durante os primeiros meses de 2010 as reuniões eram realizadas na Associação dos Funcionários do Hospital Ivan Goulart, mas os responsáveis pelo local pediram para que não ocorressem mais naquele local e então as reuniões dependem do

⁴ Ao vice-presidente cabe a substituição do presidente, enquanto aos Conselheiros compete: estudar e relatar as matérias que lhe forem atribuídas; requerer a votação de matéria em regime de urgência; propor a criação de Comissões para estudos na área de Saúde; deliberar as recomendações emitidas pelas comissões. As atribuições do primeiro secretário: preparar a pauta, expediente, convocação e processos para as reuniões do CMS; apoiar o funcionamento das reuniões; secretariar as reuniões, redigir as atas; organizar, manter e controlar os documentos relativos ao CMS; promover a publicação das plenárias; por fim, ao representante do FMS, cabe acompanhar a movimentação de recursos, opinar no planejamento da distribuição de recursos financeiros e manter o CMS informado sobre o saldo disponível (CMS – São Borja, p. 4 - 6)

empréstimo de salas, já tendo acontecido na Sala de Reuniões da Prefeitura Municipal de São Borja e na Associação dos Comerciantes. Há uma secretária trabalhando nas atas e no atendimento ao público, tudo custeado pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme a legislação.

Entende-se que o presente estudo torna-se relevante por ir ao encontro dos interesses dos usuários, visto que o controle social é um direito de todos os cidadãos e o projeto visa verificar a existência deste e publicizá-lo como direito. Acredita-se ser também de interesse do Conselho Municipal de Saúde, pois a intencionalidade desse estudo é contribuir com a ampliação deste espaço e fazê-lo cumprir suas finalidades eficazmente.

Relevante para o Serviço Social e da academia, por produzir conhecimento a respeito da realidade da comunidade em que a Universidade Federal do Pampa está inserida e por dar visibilidade a uma possível área de atuação dos profissionais de Serviço Social; e por ser competência destes profissionais a defesa dos direitos sociais, da democracia e da participação social, que aqui são representados pelas categorias estudadas: controle social, esfera pública, cidadania e participação.

3.2. O método e o tipo de estudo

O presente estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de São Borja é orientado pelo Método Dialético-Crítico, o qual se baseia na ideia de que as contradições se transcendem dando origem a novas contradições que passam a requerer solução.

É um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade. Considera que os fatos não podem ser considerados fora de um contexto social, político, econômico, etc. Empregado em pesquisa qualitativa. (GIL, 1999; LAKATOS; MARCONI, 1993).

Este método de investigação da realidade se dá pelo estudo da contradição inerente ao fenômeno e da constante transformação que ocorre na natureza e na sociedade.

Alguns princípios da abordagem dialética são:

[...]

a) unidade dos opostos. Todos os objetivos e fenômenos apresentam aspectos contraditórios, que são organicamente unidos e constituem a indissolúvel unidade dos opostos. Os opostos não se apresentam simplesmente lado a lado, mas num estado constante de luta entre si. A luta dos opostos constitui a fonte do desenvolvimento da realidade

b) Quantidade e qualidade. Quantidade e qualidade são características inerentes a todos os objetos e fenômenos e estão inter-relacionados. No processo de desenvolvimento, as mudanças quantitativas graduais geram mudanças qualitativas e essa transformação opera-se por saltos.

c) Negação da negação. A mudança nega o que é mudado e o resultado, por sua vez, é negado, mas esta segunda negação conduz a um desenvolvimento e não a um retorno ao que era antes... (GIL, 1999, p.31)

O Método Dialético-Crítico permite o entendimento de que a realidade está em constante processo de transformação: sempre há algo de novo e algo que se desagrega e transforma, sendo assim as categorias deste são a historicidade, contradição e totalidade, que como já explicado anteriormente.

No que se refere ao tipo de pesquisa, esta é qualitativa, ou seja, a busca pelos significados que os sujeitos atribuem ao que apreendem de suas experiências (MARTINELLI, 2010).

As principais características da pesquisa qualitativa são:

[...] o reconhecimento da singularidade do sujeito, o reconhecimento da peculiaridade da experiência do sujeito e o reconhecimento da importância de conhecer o modo de vida do sujeito, a sua experiência social cotidiana (MARTINELLI, 2010)

Porém, ela está sempre interligada a pesquisa quantitativa, pois enquanto essa coleta e conta os dados, a qualitativa os avalia, compreende (MARTINELLI, 2010).

Nesse sentido, é importante ressaltar a complementaridade entre pesquisa qualitativa e Método Dialético-Crítico por terem, ambos, uma “relação dinâmica entre sujeito e objeto, no processo de conhecimento” (CHIZZOTI, 2003), fundamental para este estudo que busca compreender categorias por meio do entendimento dos sujeitos, considerando as categorias de historicidade, contradição e totalidade do método dialético.

E para que uma pesquisa qualitativa seja considerada científica, segundo Martinelli (2010), deve obedecer aos requisitos da confiabilidade, credibilidade e da consistência interna da pesquisa; além de, mesmo não generalizando as situações

pesquisadas e os resultados obtidos, é fundamental que a pesquisa realizada atenda às exigências de transferibilidade e de replicabilidade, o que significa que tanto deverá haver possibilidade de estender as conclusões para outros contextos, como de replicar o desenho da pesquisa em situações semelhantes.

O esclarecimento do método e do tipo de pesquisa faz-se importante por apontarem a visão de homem e de mundo que orientará o estudo, assim como substanciam a escolha dos instrumentos na coleta e na análise dos dados, conteúdo do próximo item.

3.3 Procedimentos de coleta e análise de dados

Primeiramente faz-se necessário dizer que a pesquisa seguiu todas as recomendações éticas, ou seja, os sujeitos pesquisados participaram voluntariamente, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁵, tendo o direito a desistir a qualquer momento e tendo garantido o direito ao sigilo de seus dados, além de autorização prévia do presidente do Conselho Municipal de Saúde de São Borja para a realização do estudo. Ambos os termos constam nos **apêndices 3 e 4**.

Para a coleta dos dados, foram utilizadas a observação e a entrevista, organizadas da seguinte forma:

Foram observadas duas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São Borja, nos dias 29 de abril de 2010, na Sala de Reuniões da Prefeitura Municipal e 27 de maio de 2010, no Sindicato dos Comerciários de São Borja, compreendendo-se a observação como assistemática, devido a sua não estruturação e a falta de meios técnicos para apreender os fatos, o que exige do pesquisador atenção e perspicácia (MARCONI, 2006). Porém, a observação assistemática

⁵ É um documento que informa o sujeito a respeito do seu envolvimento na pesquisa, para que possa decidir com autonomia e responsabilidade sobre sua participação. Objetiva igualmente assegurar a manutenção da confidencialidade das informações, a defesa dos sujeitos em sua vulnerabilidade e a proteção contra possíveis riscos e danos (CEP, 2010). Disponível em: http://www.unisinus.br/pesquisa/images/stories/pdf/cep/orientacoes_tcle.pdf

[...] não é totalmente espontânea ou casual, porque um mínimo de interação, de sistema e de controle se impõe em todos os casos, para chegar a resultados válidos (ANDER-EGG *apud* MARCONI, 2006, p.90).

Ou seja, o pesquisador sempre sabe o que procura e, portanto, o que deve observar.

Na primeira reunião foi entregue, para os membros do CMS que estavam presentes, um questionário para traçar o perfil destes e para, a partir do mesmo, fazer a escolha da amostra; considerando o universo o conjunto de seres que apresentam uma característica em comum, ou a “população” (MARCONI, 2006); que, neste estudo está composto por 24 conselheiros titulares e 24 conselheiros suplentes, distribuídos da seguinte maneira:

TABELA 1
Distribuição dos Conselheiros

Segmento	Titulares	Suplentes
Usuários	12	12
Gestores	4	4
Prestadores de Serviços	4	4
Trabalhadores da Saúde	4	4

Fonte: sistematização da autora
TABELA 1 – Distribuição dos conselheiros

Tal questionário, conforme Chizzotti (2003), consistia em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e seqüenciais. Este questionário que se encontra no **apêndice 1**, abrangeu dados de identificação pessoal dos sujeitos, endereço e telefone para contato, dados do sujeito enquanto conselheiro, referentes a tempo de participação, cargo, representação.

A intenção era traçar o perfil geral de todos os conselheiros titulares, pois assim reconheceria todo o universo da pesquisa. Entretanto, no dia da observação e entrega desses questionários, 29 de abril de 2010, comparecem a esta apenas 15 conselheiro, sendo 4 deles, suplentes; dentre esses foram escolhidos 4 conselheiros, contemplando um representante por segmento, sorteado entre seus pares e que estavam nesta reunião, para compor a amostra. Este tipo de amostra configurou-se como não probabilística, por não receber tratamento estatístico, e por tipicidade, visto que se buscou um sujeito de cada segmento para compô-la, de forma que um “subgrupo é utilizado com ‘barômetro’ da população. Restringem-se

as observações a ele e as conclusões são generalizadas para o total da população” (MARCONI, 2006, p. 53).

Dos 15 conselheiros que receberam o questionário, apenas 8 retornaram o instrumento respondido. E como forma de manter em sigilo a identificação dos entrevistados, eles serão denominados da seguinte forma no processo de análise dos dados:

TABELA 2
Denominação dos entrevistados

Denominação	Segmento
Conselheiro 1	Prestadores de serviços
Conselheiro 2	Usuários
Conselheiro 3	Gestores
Conselheiro 4	Profissionais da área da saúde

Fonte: sistematização da autora
TABELA 2 – Denominação dos entrevistados

As entrevistas foram dirigidas, o que significa, conforme Chizzotti (2003), uma comunicação entre o pesquisador que busca colher informações e indivíduos que detém tais informações, por meio de um diálogo preparado, com objetivos definidos. A fim de alcançar as respostas para os objetivos desta pesquisa, as entrevistas foram semi-abertas, ou seja, as respostas foram registradas a partir de questões previamente elaboradas, cujo formulário semi-estruturado encontra-se no **apêndice 2**. Fez-se assim, pois dessa forma o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto e fornecer uma visão mais aprofundada sobre os determinados assuntos de interesse da pesquisa.

Para compor o histórico do Conselho Municipal de Saúde, além de acessar alguns documentos arquivados na sala deste, como a Lei Municipal que o criou e o Regulamento Interno, realizou-se uma entrevista com o presidente do CMS, **cujo formulário semi-estruturado encontra-se nos apêndices, sob número 5**.

Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo que conforme a proposta de Minayo (1994), compreende o interior da fala como ponto de partida e o campo de especificidade histórica e totalizante que produz a fala, o ponto de chegada. Ressaltando que o produto final é uma forma provisória e aproximativa, jamais definitiva.

Sendo assim, primeiramente foram digitalizadas as entrevistas, uma maneira de melhor visualizar os dados. A segunda etapa constitui-se da classificação dos

dados obtidos de acordo com as categorias trabalhadas; e, por fim, foi feita a articulação dos dados obtidos com os referenciais teóricos utilizados neste estudo, a fim de responder às questões de pesquisa e assim ao problema de estudo.

4 RESULTADOS: CONSELHOS MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BORJA: UM ESPAÇO DE CONTROLE SOCIAL?

Este último capítulo do estudo apresenta os resultados obtidos através da análise dos dados coletados nas observações das reuniões e nas entrevistas com os membros do Conselho Municipal de Saúde de São Borja.

O controle social é o tema deste estudo, a categoria principal a ser analisada, entretanto está intrinsecamente ligada a esfera pública, pois é fator determinante para a existência desta. Por este motivo, este capítulo aborda primeiramente a configuração do Conselho Municipal de Saúde enquanto espaço de controle social, por meio da verificação da existência de cada categoria que compõe a esfera pública, que são: Democratização, Interesse coletivo, Visibilidade social, Cultura Pública e Controle Social (RAICHELIS, 2009), na organização e estruturação desta instância.

No segundo item então é discutida a categoria a participação social, por ser determinante para a configuração do Conselho Municipal de Saúde enquanto espaço de controle social, visto que esta também integra a esfera pública e é parte do processo democrático, bem como a categoria central deste estudo, o controle social.

4.1 O Conselho Municipal de Saúde/ São Borja configura-se como espaço de controle social?

Para analisar a forma de participação, de controle social, a estrutura e organização do Conselho Municipal de Saúde de São Borja, inicialmente, foi feito um breve o perfil dos Conselheiros atuantes no primeiro semestre de 2010.

Foram disponibilizados quinze questionários na primeira reunião observada, dia 29 de abril de 2010. Dentre esses oito conselheiros que responderam o questionário quatro deles, por segmento, conforme descrito na metodologia deste estudo, foram entrevistados.

Verificou-se que a maioria dos conselheiros são mulheres, possuem nível de escolaridade médio ou superior, com idade média de 45 anos e atuam há cerca de cinco anos no conselho.

TABELA 3
Perfil dos Conselheiros 2010/1

Média de idade	45,1 anos
Gênero	5 feminino 3 masculino
Escolaridade	4 nível médio, 1 ensino fundamental, 3 ensino superior
Tempo médio de atuação no conselho	5 anos

Fonte: sistematização da autora
TABELA 3 – Perfil dos Conselheiros

Esses dados contribuem para analisar a composição do CMS e os depoimentos dados pelos entrevistados.

Para verificar se o espaço institucional do CMS/SB configura-se como espaço de controle social é necessário analisar sua organização, a fim de identificar elementos que o caracterizam como esfera pública, tais como os citados anteriormente.

O CMS/SB possui um Regimento Interno, que assim como as atas das reuniões, fica disponível à população na sala do conselho no CEMAE, conforme depoimento dos quatro conselheiros entrevistados, tendo como exemplo o do conselheiro 3:

Toda documentação (atas, projetos) fica arquivada no CMS e a população tem livre acesso (conselheiro 3, questão 32 do apêndice 2)

Todos os entrevistados afirmam que as reuniões ocorrem na última quinta-feira de cada mês, salvo as reuniões extraordinárias, em consonância com o determinado no Regimento Interno:

Ordinariamente mensais, mas quando há projetos urgentes a serem aprovados antes da próxima reunião, são convocadas reuniões extraordinárias pelo prefeito, secretário da saúde ou presidente do CMS (conselheiro 4, questão 24 do apêndice 2)

Segundo o que foi informado por unanimidade nos depoimentos, a data, horário e local das reuniões são divulgados para os conselheiros, mas não são

amplamente divulgados, embora qualquer cidadão, além dos conselheiros, possa comparecer:

A data é pré-definida e a pauta é enviada aos conselheiros com uma semana de antecedência, mas não há divulgação aberta, de massa. (conselheiro 1, questão 26 do apêndice 2)
 Não são divulgadas, mas são abertas e devem ser! Por que é **um meio da população se informar, tirar dúvidas**, mas geralmente **não vai ninguém**. (conselheiro 3, questão 26 do apêndice 2)

Essas definições caracterizam a visibilidade social das ações do Conselho de Saúde, visto que estas devem ser publicadas de forma a abranger não só os que fazem parte diretamente deste espaço, mas também aos que implicam de outras maneiras nas decisões políticas (RAICHELIS, 2009). O acesso às atas garante a transparência das deliberações, enquanto a não divulgação das reuniões fere o princípio de visibilidade social e interfere na participação de outros atores sociais, pois esta se torna inviável por falta destas informações fundamentais.

Outro aspecto que desqualifica a visibilidade social refere-se à forma de apresentação das pautas nas reuniões, a qual é feita por técnicos ou outros responsáveis pelos projetos, por meio da utilização de termos muito específicos de algumas áreas do conhecimento nos discursos, sem os devidos esclarecimentos como citado pelo conselheiro 1:

Algumas pessoas que explanam [as pautas] fazem questão de usar termos, nomenclatura e siglas que dificultam o entendimento dos conselheiros (conselheiro 1, questão 18 do apêndice 2).

Mesmo os conselheiros identificando que esse espaço se trata de um meio de socializar as informações e os direitos, não ligam essas funções do Conselho à necessidade de criar estratégias de divulgação e conscientização da população quanto à participação nesse espaço.

Pode-se sugerir que seja articulada uma rede, em conjunto com os postos de saúde e os serviços de saúde, como o CAPS, o programa DST/AIDS e outras entidades que prestam serviços de forma descentralizada no território do município de São Borja, como os Centros de Referência de Assistência Social, sendo essa rede capaz de dar visibilidade ao Conselho, por meio de avisos sobre as reuniões, esclarecimentos sobre sua existência, funcionamento e finalidades.

Conforme previsto como competência dos CMS na Resolução nº 333:

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.11)

Bem como é competência do profissional de Serviço Social da área da saúde, por isso a sugestão de parceria/ inserção:

democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos (CFESS, 2009, p.32).

E como forma de qualificar a elaboração das pautas, ampliando a articulação das demandas dos usuários e trabalhadores da saúde, propõe-se a criação de conselhos gestores⁶ nos serviços de saúde.

Outros aspectos que se referem à visibilidade social foram constatados na primeira reunião observada, na qual disponibilizaram materiais didáticos (folders, livretos) sobre Controle Social e a legislação dos SUS e dos Conselhos Municipais. Entretanto, embora tenha sido oportunizado o acesso, cerca de apenas três conselheiros, dentre os quinze presentes, manusearam o material ou levaram.

Essa atitude pode estar relacionada a um desconhecimento da importância da capacitação, já que os materiais estavam disponíveis, mas em nenhum momento da reunião foi feita referência a eles, ou ainda, por não compreenderem o papel que assumem enquanto conselheiros, como podemos comprovar na fala de um dos conselheiros:

[...] mesmo os conselheiros não discutem, não se manifestam, talvez por vergonha de não entender o que está sendo colocado. **Até mesmo as pessoas consideradas mais “instruídas” têm vergonha**, pois têm conhecimento em outra área que não a do que é explanado nas reuniões e, muitas vezes, aprovam mesmo sem ter entendido (conselheiro 1, questão 18 do apêndice 2).

⁶ “O Conselho Gestor de Unidades de Saúde é um mecanismo proposto pelas Conferências Nacionais de Saúde, e que segue a estrutura dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Sua proposição significa a possibilidade de aprofundamento da democracia. Entretanto, não foi viabilizado na maioria dos municípios e estados brasileiros.” (CFESS, 2009, p.30).

Como incompreensão do papel que os conselheiros assumem, pode-se salientar que 5 dos 8 conselheiros que preencheram o questionário acerca do perfil destes, não souberam responder que segmento representam, fazendo referência às organizações ou categorias que representam ao invés (confirma se não é em vez de) de “usuários, prestadores, trabalhadores, gestores”, como claramente definido na Lei 8.142/90, artigo 1º:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Considerando-se que a qualidade dos Conselhos

[...] decorre de múltiplos fatores, como, por exemplo, o preparo dos próprios conselheiros em formular opiniões e argumentos defensivos da qualidade dos atendimentos e dos direitos [...] (SPOSATI *apud* BIDARRA, 2006, p.44)

E ressaltando os princípios e atribuições dos profissionais de Serviço Social, propõe-se uma parceria entre um assistente social e o Conselho Municipal de Saúde, pois este profissional poderia atuar enquanto conselheiro, técnico/ assessor, profissional observador a fim de proporcionar uma capacitação dos conselheiros, por meio da inserção destes em cursos sobre a legislação da área de saúde, incentivo à participação em seminários, simpósios, congressos e conferências dos temas saúde, controle, conselho, participação, SUS, etc. A participação nesses eventos colaboraria para obterem conhecimento, trocarem experiências e aprimorarem o espírito político-crítico, pois assim teriam subsídios para debater as temáticas apresentadas nas reuniões do CMS, bem como se sentiriam aptos a construir a política de saúde e a cobrar os resultados e a fiscalizar os recursos utilizados.

A categoria democratização pode ser representada pelos processos decisórios, tanto nas deliberações e formulações em relação à política local de saúde, quanto aos processos de determinação dos cargos de conselheiros e presidente, vice-presidente.

Percebe-se, nas falas dos conselheiros, que os cargos da Mesa Diretora são definidos por meio de eleição direta, na qual todos os conselheiros titulares votam,

como definido no Regimento Interno: O presidente e o vice são eleitos em anos pares. Somente os conselheiros titulares votam (conselheiro 3, questão 20 do apêndice 2).

Esta forma de definir os cargos caracteriza um processo democrático, uma vez que todos os conselheiros titulares têm direito a voto, entretanto opõe-se ao processo de escolha destes, que afirmaram, na totalidade dos entrevistados, que são indicados, conforme o definido pela Resolução nº333

IV – Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes (BRASIL, 2003).

Entretanto, verifica-se que esta forma de definição, apodera a instituições para, inclusive, impor tal função, como ocorrido com um dos entrevistados:

O CMS manda ofício para os órgãos e eles indicam dois representantes. Como ocorre a indicação é a critério dos órgãos (imposição, voluntariado) (conselheiro 1, questão 19 do apêndice 2). Foi “imposto” pela instituição (conselheiro 1, questão 21 do apêndice 2).

Ou ainda, permite que o sujeito aceite por interesses privados, em busca de reconhecimento, da defesa de interesses corporativistas ou particulares da organização que representa, ou ainda por interesses eleitoreiros em detrimento dos interesses coletivos:

Fui convidado por uma colega para ser suplente e depois para assumir seu lugar. Aceitei por aceitar, para não ficar sem ninguém da nossa categoria (conselheiro 4, questão 21 do apêndice 2).

Entretanto, há os que participam por estarem envolvido com a política de saúde, voltados mais para o interesse coletivo:

Fui convidado e aceitei porque me interessei pela política de saúde, pois tenho formação na área, embora não atue (conselheiro 3, questão 21 do apêndice 2).

Ou seja, observa-se uma fragilidade na efetivação da representação dos interesses coletivos, para os quais os conselheiros, enquanto “sujeitos políticos”, devem assumir “papel de mediadores” (RAICHELIS, 2009, p.10), já que dentre os

quatro entrevistados, a um foi imposta a participação, um foi por interesse pela política de saúde e dois “aceitaram por aceitar”.

Destaca-se novamente a proposta da parceria com o Serviço Social visto que esse profissional pode colaborar no fortalecimento deste espaço enquanto meio de participação democrático e de consolidação da cidadania, por ter como princípio de seu Projeto Ético-Político a garantia de acesso aos direitos sociais, a defesa da democracia e da cidadania e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados. O assistente social atuante na área da saúde tem como atribuição a garantia do controle social, sendo uma das propostas, dentre outras a criação de espaços democráticos nos serviços, bem como:

[...] participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde (CFESS, 2009, p.32).

Além disso, conforme resolução do órgão máximo da categoria, o Conselho Federal de Serviço Social, o profissional que atua na área da saúde, tem como atribuições:

[...] prestar assessoria aos conselhos em todos os níveis na perspectiva de fortalecimento do controle democrático;
 [...] organizar e coordenar seminários e eventos para debater e formular estratégias coletivas para a política de saúde tanto nas instituições como nas outras esferas;
 [...] assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade (CFESS, 2009 , p.35 e 36).

Estas atribuições reforçam, portanto, a importância de haver essa parceria com o Conselho Municipal de Saúde de São Borja para a qualificação deste espaço, visto que é compromisso do profissional incentivar e proporcionar a participação de usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, bem como prepará-los para efetivar o controle e a participação social, ressaltando, também, os compromissos éticos dos assistentes sociais, no que se refere à defesa da democracia e ao fortalecimento da cidadania.

4.2 O controle social e a participação: elementos fundamentais na caracterização do Conselho Municipal de Saúde de São Borja como espaço de efetivação da cidadania

Dentre as categorias que caracterizam o controle e a participação social, está a democratização, que não se limita aos processos de escolha dos representantes, pois entende-se que significa a “ampliação dos fóruns de decisão política” (RAICHELIS 2009, p.10) para o qual “implica a dialética entre conflito e consenso” (RAICHELIS, 2009, p.9).

Por isso, para identificá-la, podem-se analisar processos como a determinação das pautas das reuniões que, conforme metade dos conselheiros é responsabilidade do presidente buscar nas demandas das instituições locais de saúde, enquanto outra metade entende que, mesmo as instituições tendo maior destaque nas pautas, qualquer um, conselheiro ou não, pode sugerir um tema para discussão/ votação:

O hospital e a Secretaria de Saúde, ou outros órgãos vinculados que tem projetos ou assuntos que precisam ser aprovados pelo CMS enviam a pauta e o presidente inclui (conselheiro 1, questão 27 do apêndice 2).
As instituições ligadas à saúde mandam ofícios com temas que precisam ser reconhecidos, aprovados (conselheiro 3, questão 27 do apêndice 2).

O presidente consulta a prefeitura e a SMS, mas qualquer um pode sugerir um tema, no momento adequado (durante a reunião) (conselheiro 2, questão 27 do apêndice 2).
Órgãos ou instituições enviam projetos e os conselheiros ou a população podem inserir temas para a parte de assuntos gerais (conselheiro 4, questão 27 do apêndice 2).

Percebe-se nesse contexto que se mantém uma característica histórica do controle social no âmbito da política de saúde, que é a exclusão dos usuários nesse processo, como visto nas primeiras Conferências Nacionais de Saúde, das quais participavam apenas os técnicos e políticos da área, determinando o “caráter clientelista e privatista do Estado” (CARVALHO *apud* SOUSA, 2003, p. 77). No entanto, constata-se também que há um avanço neste espaço em relação a essas Conferências, posto que mesmo sendo limitada, há a participação, ou pelo menos, a inserção, dos usuários nos espaços de controle da política de saúde.

A apresentação/discussão da pauta também deveria ser um processo democrático, porém centra-se na democracia representativa, onde as decisões são tomadas por meio do voto direto, pois no que se refere a discussão e conflito de interesses, limita-se aos questionamentos e concordância ou discordância, como dito por todos os conselheiros, tanto quanto questionados sobre a discussão das pautas, quanto sobre a tomada de decisões:

Todos podem participar através de questionamentos e, somente após o esgotamento das dúvidas, o tema é votado (conselheiro 1, questão 29 do apêndice 2).

Sempre há uma pauta que tem maior foco, os assuntos são discutidos até o esclarecimento total, se não é possível esclarecer tudo, fica registrado em ata que devem ser trazidas novas informações na próxima reunião (conselheiro 2, questão 29 do apêndice 2).

Explicação seguida de questionamentos e votação (conselheiro 4, questão 29 do apêndice 2).

Há a apresentação do projeto, a discussão que se resume na resposta às dúvidas e a votação, na qual vence a maioria simples dos presentes. Não há articulação anterior (conselheiro 1, questão 30 do apêndice 2).

Depende do assunto, mas é por votação, quem não se manifesta é porque concorda (conselheiro 2, questão 30 do apêndice 2).

Voto direto e vence maioria simples, mas se alguém acha que precisa de mais informações que não podem ser dadas no momento, fica adiada para outra reunião ou é feita aprovação com ressalvas (conselheiro 4, questão 30 do apêndice 2).

Embora a forma de participação na discussão das pautas seja limitada, ressalta-se que há uma vivência democrática neste espaço, posto que as decisões são tomadas por meio de voto. Mas entende-se necessário uma ampliação desta participação, fortalecendo os canais de participação direta dos sujeitos nesses espaços. Em outros termos, pensar na ampliação da participação centralizada na democracia representativa para uma mais voltada à democracia participativa, com maior abertura ao debate que possibilite uma maior visibilização dos conflitos e interesses em jogo dentro e fora desses espaços.

Os desafios para essa mudança de relações no que se refere à participação pode ser observada inclusive nas contradições apontadas pelos próprios conselheiros. Um dos conselheiros (3) se contradisse, pois em uma questão traz que há espaço para discussão: “O responsável pela pauta explica e qualquer um pode interferir para tirar dúvidas e discutir” (conselheiro 3, questão 29 do apêndice 2), Mas, na questão seguinte, sequer cita os questionamentos como parte do processo decisório, negando, ainda articulações entre os conselheiros:

Todos votam, logo após a explanação, ou se abstém, mas não há articulação anterior às reuniões, entre os conselheiros (conselheiro 3, questão 30 do apêndice 2).

Percebe-se aí uma fragilidade nas informações dadas, mais uma vez demonstrando pouco preparo dos conselheiros para assumir a função de representante dos interesses coletivos, definida como a:

[...] constituição de sujeitos políticos ativos, que se apresentam na cena pública a partir da qualificação de demandas coletivas, em relação às quais exercem papel de mediadores (RAICHELIS, 2009, p. 10)

Assim como se percebe nos depoimentos que há pouca abertura para a inserção de novos sujeitos e limitação na disputa de interesses, tanto na definição das pautas, em sua maioria, direcionadas pelas instituições, como também na apresentação e discussão destas.

Fatos que podem ser corroborados através da observação das reuniões onde percebeu-se também que os conselheiros manifestam-se apenas para sanar dúvidas de interesse privado dos segmentos ou, mais restrito ainda, da instituição que faz parte, seja enquanto trabalhador ou usuário, não as problematizando a partir do que tal tema impacta na saúde coletiva e na condução da política. O que representa a fragilidade de cultura pública, que deveria ser característica dos Conselhos de políticas públicas, uma vez que significa a luta contra a representação de interesses privados nos meios públicos, a fim de construir

[...] mediações sociopolíticas dos interesses a serem reconhecidos, representados e negociados na cena visível da esfera pública (RAICHELIS, 2009, p.10).

Porém, contraditoriamente às ações dos conselheiros, percebe que eles compreendem como algumas das finalidades do CMS, a discussão de questões a ela relacionadas a política de saúde , caracterizadas na fala a seguir:

Uma das finalidades é discutir questões relacionadas à saúde pública do município e **fiscalizar a política de saúde** (conselheiro 1, questão 23 do apêndice 2).

Reconhecem, também, que esta **finalidade** não é cumprida, ao menos não integralmente:

Hoje é mais um espaço de aprovação/ pré-aprovação, não há grandes discussões ou modificações nos projetos que passam pelas reuniões, mesmo que o Conselho daqui seja considerado mais questionador que em outros municípios. Não é reconhecida importância do Conselho e ele é visto mais como um espaço formal, uma instância legalizadora [...] acredito que **deveria, sim, ser um espaço de mais discussão** e aprofundamento (conselheiro 1, questão 22 do apêndice 2, grifo nosso)

[...] Todos os projetos devem passar pela aprovação do Conselho, o que nem sempre ocorre, pois eles já são apresentados prontos e não são sugeridas, muito menos feitas, alterações depois de passar pelo Conselho. Acaba sendo mais para apreciação dos Conselheiros, conhecimento (conselheiro 4, questão 22 do apêndice 2).

Mesmo frente a esses limites, pode-se considerar este espaço possuidor de um potencial propositivo, posto que havendo o entendimento de que este é um espaço de discussão há possibilidade de instigar para que deixe de ser apenas um conceito abstrato e torne-se uma de prática na dinâmica do Conselho.

Atrelado a concepção de espaço formal está o depoimento que demonstra que os conselheiros não atribuem ao espaço do conselho à característica de espaço de mediação de interesses contraditórios, pelo contrário, o vêem como um espaço de “conciliação” de interesses:

É um parceiro da área governamental, representa um elo entre os interesses da comunidade e do governo (conselheiro 3, questão 22 do apêndice 2)

Enquanto este deveria ser, por excelência um espaço de expressão da cidadania, compreendida como expressão concreta da democracia e exercer a democracia é mais que votar, é ter fração de poder para intervir nas demandas da sociedade (KOCOUREK, 2009), mais que concordando ou discordando, defendendo os direitos, problematizando as questões apresentadas, levantando novas questões a serem debatidas, o que não acontece no CMS/SB, pois conforme depoimento de um conselheiro, o espaço é visto, exclusivamente, como *locus* de legalização das ações governamentais:

[...] **consentimento** para as ações do município em relação à saúde (conselheiro 2, questão do apêndice 23, grifo nosso).

Vê-se novamente a não-existência da cultura pública quando as instituições apropriam-se do CMS para “legalizar” seus projetos cujos interesses beneficiam mais a instituição do que população usuária.

Com relação a outras finalidades como normatização, controle e fiscalização da política (KOCOUREK, 2009), a última é citada por três dos quatro entrevistados, representadas pelo termo fiscalização:

Eu sei que tem no regimento interno, mas me lembro só da **fiscalização** (conselheiro 3, questão 23 do apêndice 2).

Fiscalização dos programas e recursos (conselheiro 4, questão 23 do apêndice 2).

Bem como há referência, novamente, à deliberação e à formulação da política nos depoimentos, da seguinte forma, em 2 das quatro entrevistas:

Aprovação da aplicação dos recursos. É também um **espaço decisório no direcionamento e redirecionamento dos programas e recursos** para as necessidades e, para isso, é um espaço de discussão (conselheiro 4, questão 23 do apêndice 2).

E duas vezes é citado o **caráter informativo** do Conselho como **finalidade** deste, e considerando a efetivação da visibilidade social, que deve ser tanto das ações do Conselho, quanto uma responsabilidade deste em relação à política de saúde.

Esclarecimentos sobre os programas e serviços [...] (conselheiro 2, questão 23 do apêndice 2)

É um órgão de fiscalização e orientação/ informação (conselheiro 3, questão 22 do apêndice 2)

As características de organização e o entendimento do que é o conselho e das finalidades deste, expressos pelos conselheiros embasa a apreensão sobre o exercício do controle social no espaço do Conselho Municipal de Saúde de São Borja.

No que se refere ao **controle social**, tema deste estudo, quanto uma categoria determinante para a consolidação do Conselho Municipal de Saúde como esfera pública, considerando-se que:

Controle social, que implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados; (RAICHELIS, 2009, p. 9).

Em primeiro lugar, é importante lembrar que os Conselhos Municipais de Saúde são a instância legal do exercício do controle social:

O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 4).

Porém, nenhum dos entrevistados soube dizer precisamente o que é controle social, sendo que um conselheiro surpreende trazendo a tona uma concepção mais conservadora de controle social na forma como esta acontece no CMS, no qual apenas o Estado é o controlador das políticas:

O prefeito, sua equipe e o secretário de saúde tomam as decisões em nome todos e devemos acatar (conselheiro 2, questão 33 do apêndice 2).

O conselheiro 3 relaciona o controle social à noção de focalização do acesso aos serviços de saúde e afirma ser dever do CMS garanti-la:

Nunca pensei nisso, mas relaciono com o CMS, no sentido de que ele tem o poder, e o dever, de articular os programas/ projetos para que sejam direcionados para a população mais carente, que tem mais dificuldade em acessar os serviços de saúde (conselheiro 3, questão 33 do apêndice 2).

Pode-se compreender que o conselheiro associa, equivocadamente, esta noção ao princípio de equidade garantido pelo SUS:

[...] a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. O princípio da equidade reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2000, p. 32)

Como pode-se entender que defende o projeto de mercantilização da saúde, segundo o qual as políticas públicas devem se voltar aos que não têm condições de bancar seus direitos, seguindo a lógica histórica desta política que inicia-se voltada

para o controle de epidemias e sob a ótica do seguro social, para a qual apenas os trabalhadores formais têm acesso aos serviços.

O conselheiro 1 afirma ser o dever da sociedade informar-se sobre a política de saúde para poder cobrar melhorias, assim como o conselheiro 4 define como:

[...] o direito e o dever da sociedade de controlar, fiscalizar a aplicação, em todos os sentidos, do dinheiro público (conselheiro 4, questão 33 do apêndice 2).

Embora dois dos quatro entrevistados relacionem o controle social ao direito da sociedade fiscalizar e interferir na política de saúde, conforme preconizado na legislação do SUS, quando se analisa o **exercício do controle social** no âmbito do CMS, percebe-se que ele não é efetivo, como exemplificado nesta fala:

[...] não há grandes discussões ou modificações nos projetos que passam pelas reuniões, mesmo que o Conselho daqui seja considerado mais questionador que em outros municípios (conselheiro 1, questão 22 do apêndice 2).

Essa fala representa o não exercício do controle social, ao menos ao considerá-lo sob a perspectiva democrática, pois a efetivação deste se daria pela representação dos reais interesses das classes subalternas em contraposição aos interesses hegemônicos (SOARES, 2008). Podem, entretanto, representar a concretização do controle social consensualista (CORREIA, 2004), no qual ora incorporam-se os objetivos das classes subalternas às políticas, desde que não seja prejudicial aos interesses dominantes. Isto porque ao passar pela aprovação do CMS o projeto cumpre a legalidade e 'satisfaz' a população naquilo que se refere a ter conhecimento sobre a política e os recursos financeiros, uma vez que se limita, como mencionado anteriormente, a compreensão de controle social ao acesso às informações e à fiscalização dos recursos.

Durante as entrevistas notou-se que os conselheiros atribuem à sociedade o dever do controle social, sem colocarem-se como representantes dessa sociedade: "as pessoas não procuram essas informações" (conselheiro 1, questão 33), como se fosse apenas dever dos sujeitos buscarem saber sobre as ações do Conselho, em vez de ser, também, responsabilidade do Conselho dar visibilidade a elas.

Desta forma percebe-se que o cargo de conselheiro pode ser usado como forma de adquirir prestígio, conforme o presidente do CMS/SB, denotando novamente a sobreposição dos interesses privados:

às vezes aceitam participar do Conselho e candidatar-se a presidente para contar nos currículos (presidente)

Pode-se aferir que o Conselho Municipal de Saúde de São Borja enfrenta desafios para se configurar como esfera pública, mesmo havendo parcial entendimento de que poderia ser um espaço de ampliação de direitos e de cidadania, por meio da mediação dos interesses coletivos por sujeitos políticos, executando suas finalidades de forma limitada e sistemática, apenas para o cumprimento das exigências da legislação, uma vez que a “participação da população na elaboração e fiscalização das políticas públicas” (SOUSA, 2006, p. 178) é fragilizada, ou ainda, mascarada, seja essa população representada pelos conselheiros ou outros sujeitos. Entretanto, ressalta-se que em alguns momentos os conselheiros demonstram reconhecer a importância da participação e, durante as reuniões, alguns manifestam-se no sentido de questionar o que é apresentado, para o que se pode propor que haja maior capacitação aos sujeitos que assumem os cargos de conselheiros, tanto quanto para uma transformação da postura desses, como para que compreendam o papel do Conselho e dos demais cidadãos.

A primeira análise acerca da participação é sobre a composição do CMS, que deve ser, conforme a Resolução nº333:

A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária (BRASIL, 2003)

Dentre os quatro entrevistados, apenas um soube responder de acordo com essa legislação:

representantes dos prestadores, usuários e profissionais da saúde, ou seja, órgãos/ instituições que representam esses segmentos. (conselheiro 1, questão 17 do apêndice 2)

Os outros trazem termos como “classes representativas” (conselheiro 4, questão 17 do apêndice 2), “órgãos do governos, hospital e usuários” (conselheiro 3, questão 17 do apêndice 2) ou citam “presidente, secretária, secretário da saúde, representantes de associações de bairros” (conselheiro 2, questão 17 do apêndice 2). Mas, ao observar as reuniões e a lista de conselheiros, confere-se que a paridade é respeitada.

A respeito do **entendimento de participação**, constata-se que é considerada importante e tem sentido de “fazer-se presente”:

[...] acho importante que tivesse como espectadores, porém a sociedade em geral não é convidada e penso que, mesmo que fosse, não compareceria [...] (conselheiro 1, questão 18 do apêndice 2)

E outro conselheiro traz a noção de interferência nas reuniões por sujeitos que não são membros do Conselho, embora realce que na prática estes não-membros não têm direito a decisão: “pode participar, interferir, sugerir, só não tem direito a voto” (conselheiro 4, questão 18 do apêndice 2).

Porém, em relação a participação dos conselheiros, um conselheiro afirma que todos têm direito a expressar-se: “Acho que todos têm voz [...]” (conselheiro 2, questão 19 do apêndice 2), enquanto outro afirma que isso não ocorre: “os conselheiros não discutem, não se manifestam [...]” (conselheiro 1, questão 18 do apêndice 2) e ainda, outro conselheiro, coloca que só há participação de acordo com o interesse:

Sim, de acordo com interesse há participação. Digamos que precisa ser aprovado um projeto, aí quem vai se beneficiar comparece para saber (conselheiro 3, questão 18 do apêndice 2)

Esta forma de participação se contrapõe ao conceito de participação social atrelado ao de controle social, do qual pretende-se que a categoria central seja a sociedade, não apenas os grupos excluídos, mas o conjunto desta, formado por diversos interesses e projetos, conformando a disputa pelo poder do Estado (CARVALHO *apud* SOUZA, 2006), objetivando, justamente “a interferência da sociedade no aparelho estatal” (SOUZA, 2006, p. 175), a fim combater o autoritarismo estatal pela descentralização do poder.

Um conselheiro cita que a participação de sujeitos não-membros do CMS não acontece porque o órgão não tem credibilidade, bem como se houvesse maior divulgação do que é este espaço e suas funções, haveria maior participação e cobrança da sociedade para com o Conselho:

[...] penso que, mesmo que fosse (convidada), não compareceria (a sociedade civil em geral), porque as pessoas não acreditam mais, não confiam. Órgãos como o Conselho não tem credibilidade (conselheiro 1, questão 18 do apêndice 2)

Falta divulgar o que é, para que serve, quem pode utilizar o serviço do CMS, pois todas as pessoas podem utilizar e se soubessem colaborariam mais e cobrariam resolutividade (conselheiro 1, questão 23 do apêndice 2)

A participação precisa ser apreendida no CMS enquanto forma de exercício do controle social, portanto de cidadania. Para isso precisa que os conselheiros assumam-se enquanto representantes de interesses contraditórios que expressam interesses de classe e projetos de sociedade e como sujeitos políticos ativos, capazes de formular planos, projetos e programas que atendam às demandas dos usuários e dos trabalhadores, assim como de fiscalizar os recursos que são utilizados na política.

Analisa-se que o Conselho Municipal de Saúde de São Borja é um espaço contraditório, no qual encontra-se algumas limitações para a efetivação do controle e da participação social, bem como da cidadania e da configuração desse como esfera pública, porém representa um avanço no sentido de que é um espaço de participação, mesmo que de forma representativa, no qual os segmentos da sociedade estão representados, os quais têm alguns entendimentos acerca do espaço e suas finalidades.

Propõe-se, de maneira geral, que haja maior capacitação dos sujeitos inseridos, bem como ampliação da participação por meio da divulgação do CMS e de suas finalidades, ou ainda, por sua descentralização, a partir, como já citado, da criação de conselhos gestores nos serviços, de forma a proporcionar a participação dos sujeitos nesses espaços e através dos representantes dali eleitos aproximarem as demandas do coletivo para serem debatidas pelos conselheiros, fortalecendo então o CMS como espaço de debate, de defesa dos interesses coletivos e, principalmente, efetivar o controle e a participação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle social configurou-se de modos diferentes ao longo da história da política de saúde brasileira, tendo sido, em grande parte dela, exercido pelo Estado sobre a sociedade.

Mesmo as instâncias dedicadas ao controle social, como as Conferências Nacionais de Saúde, que iniciaram na década de 1940, eram ocupadas por grupos elitizados, geralmente políticos e técnicos da área de saúde.

Com o Movimento da Reforma Sanitária e a promulgação da Constituição Cidadã em 1988, que instituiu a participação como princípio do Sistema Único de Saúde e as Conferências e Conselhos como meios para efetivação desta, ocorre uma transformação do conceito e das práticas de controle social, que passa a ser definido como a participação da sociedade na formulação e fiscalização das políticas públicas sociais. Essa participação deveria acontecer de maneira democrática, como forma de consolidar a cidadania, por meio de discussões e deliberações acerca de interesses coletivos entre representantes da sociedade organizada.

Os Conselhos Municipais de Saúde são os espaços destinados para, mais que o cumprimento da legislação, a ampliação da esfera pública, como espaço de discussão e aprofundamento acerca dos direitos dos trabalhadores e usuários dessa política, a fim de atender às demandas da sociedade em saúde.

Entretanto, não é o que se percebe no Conselho Municipal de Saúde de São Borja, pois identificou-se fragilidades e desafios quanto ao exercício da participação e, portanto, comprometendo a efetivação do controle social nesse espaço.

Os conselheiros têm conhecimento pouco aprofundado sobre o que é o Conselho, suas finalidades, as funções dos membros; e alguns participam por obrigação e/ou para defesa dos interesses de suas instituições.

Embora o CMS local seja considerado, pelo Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, um dos mais bem estruturados, e questionadores do estado, conforme o presidente do CMS/SB, ainda há falha nos debates, nas articulações das representações com suas bases e com a população usuária do Sistema.

Embora a maioria reconheça que dentre as finalidades do Conselho estão a deliberação e fiscalização acerca da política de saúde no âmbito do município, por vezes o Conselho acaba por funcionar como meio de legalizar ações políticas no

âmbito da saúde, porque planos e projetos não são elaborados conjuntamente com os conselheiros, tampouco modificados por eles, apenas aprovados ou desaprovados, bem como os recursos financeiros são apresentados apenas para consulta ao CMS, que poucas vezes discorda ou posiciona-se de forma consistente.

As reuniões ou as ações do Conselho não são divulgadas, o que prejudica a visibilidade deste espaço e a participação de novos sujeitos no mesmo.

Ou seja, o controle social é prejudicado, é oficializado na instância conselheira, mas enfrenta limitações práticas, uma vez que os sujeitos políticos interferem pouco nas decisões do Estado, limitando a voz ativa dos usuários para intervir na defesa e na garantia do direito à saúde nos moldes do Movimento Sanitário.

Nesse contexto identificou-se que alguns conselheiros defendem os interesses privados das instituições que representam em detrimento dos coletivos, levando à consolidação de uma política de saúde muito mais voltada para o mercado que para a universalização e integralidade do atendimento em saúde. No entanto, percebe-se que outros buscam assegurar a concretização do SUS e, portanto, se trabalhado, este espaço pode transformar-se significativamente em um espaço de participação social, no sentido de garantir a representação dos interesses coletivos.

Como proposta de fortalecimento das práticas conselheiras, abrangendo o controle a participação social, sugere-se a aproximação do profissional de Serviço Social e seus estagiários no Conselho Municipal de Saúde de São Borja, para a capacitação dos membros do CMS e o fortalecimento, ampliação e consolidação deste espaço como democrático e, portanto, esfera pública. Porque o controle social é um instrumento de efetivação da democracia, que implica participação social, ou seja, participação de todos os grupos da sociedade, em defesa de interesses coletivos, na formulação, deliberação, fiscalização, normatização de políticas públicas, a fim de garantirem-se os direitos e desta maneira se expressar a cidadania.

Cidadania só existe quando todos os direitos são efetivados, inclusive o de participação, não no sentido eleitoral, mas no sentido do sujeito apropriar-se de frações do poder para defender os interesses comuns, para debater com o Estado as necessidades da sociedade e de que maneira elas devem ser atendidas.

E são princípios de atuação dos profissionais de Serviço Social a garantia do acesso aos direitos e a defesa da democracia e da cidadania, bem como é atribuição destes, assessorar práticas conselhistas e proporcionar espaços de aprofundamento do conhecimento acerca de direitos, legislações como forma de capacitar conselheiros, trabalhadores, gestores e usuários para que lutem pela cidadania em prol de interesses coletivos.

O presente estudo representa, além da síntese sistemática dos resultados da pesquisa específica acerca do controle social no Conselho Municipal de Saúde de São Borja, a síntese dos conhecimentos adquiridos no curso de graduação em Serviço Social, realizado na Universidade Federal do Pampa/ UNIPAMPA, no município de São Borja, no período de 2006/II a 2010/I.

Durante o período de realização deste, aprendeu-se mais que teorias e práticas profissionais. Aprendeu-se a valorizar a pesquisa como forma de apreender e compreender a realidade onde se insere o acadêmico ou o profissional, analisando-a pela óptica de um método crítico, para poder intervir de maneira competente, respeitando os princípios éticos e visando transformar essa realidade, defendendo o fortalecimento da cidadania, democracia e justiça social, embasando-se assim na dimensão ético-político articulada a teórico-metodológico e utilizando os instrumentais técnico-operativos.

Como acadêmica, aprendeu-se nesses oito semestres, o real significado do Serviço Social e sua importância, pois mesmo não tendo começado o curso entendendo-o como “ajuda”, não tinha a dimensão de tudo que um profissional Assistente Social precisa estudar e apreender para atuar: compreender a sociedade através do entendimento de sociedade, nos aspectos econômicos, políticos, sociais, culturais. Não conformar-se com as situações e lutar por políticas sociais públicas eficientes, garantia de direitos, melhor distribuição das riquezas socialmente produzidas, sejam elas materiais ou espirituais/intelectuais, como o conhecimento; lutando, portanto, pela transformação da sociedade atual em uma sociedade justa, democrática e de sujeitos cidadãos.

Como sujeito, conheceu-se mais os próprios direitos, compreendeu-se a necessidade do trabalho em equipe, do exercício de síntese e de olhar criticamente à realidade em que se está inserido, eliminando preconceitos. Nesse sentido aprendeu-se a não julgar as pessoas e sim compreendê-las, escutá-las; pois mesmo

como profissional não se pode negar a sensibilidade no atendimento, visto que não se pode negar o subjetivo do ser humano.

Por fim, o curso de Serviço Social forma profissionais capazes de buscar soluções para as demandas sociais do homem, por meio do conhecimento, das técnicas, da reflexão, do senso ético e de princípios democráticos; com os quais se está comprometida, de se respeitar os princípios ético-políticos que sustentam o exercício dessa profissão, principalmente em relação à defesa de direitos, da participação, da equidade e do sigilo.

REFERÊNCIAS

BATISTA, JR. **O controle social é um projeto em construção.** Revista Radis, n.53, jan, 2007. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/53/pdf/radis_53.pdf>

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 30, n. 3, dez. 1996. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 maio 2010.

BIDARRA, Zelimar Soares. **Conselhos gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos.** in Revista Serviço Social e Sociedade, ano XXVI, n 88, novembro de 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf> Acesso em: 16 de maio de 2010

_____. Ministério da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde:** Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em 30 de abril de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2010.

BRAVO, Maria Ines Souza. **Política de Saúde no Brasil** in Serviço social e saúde/ Ana Elizabete Mota ... [et al], (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Maria Ines Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo, Cortez: 2007.

CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. GRUPO DE TRABALHO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE, 2009.

CHIZZOTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle social na Saúde** in Serviço Social e saúde/ Ana Elizabete Mota... [et al.] , (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade**. Disponível em: www.assistentesocial.com.br/agora3/coutinho.doc Acesso em: 4 de dezembro de 2009.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade/** Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, RJ:Vozes, 1994.

DREWS, Bárbara Lavarda. **Conselho Municipal de Saúde de São Borja: um espaço de controle social?** Projeto de Pesquisa - São Borja: UNIPAMPA, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

KOCOUREK, Sheila. **Nas dobras da história: o desafio dos direitos da criança e do adolescente na construção da cidadania para o século XXI**. Porto Alegre: Faith,2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Assistente Social Pesquisador!?** A intervenção e a pesquisa no cotidiano profissional. Disponível em:
<http://www.servicosocial-unitau.com.br/eventos/2_encontro/conferencia.html
Acesso em 17 de maio de 2010.

MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados/** Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. – 6. ed. – São Paulo :Atlas, 2006.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil**. Disponível em:
http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-4.pdf Acesso em: 1º de dezembro de 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **A reforma sanitária e os SUS: tendências e desafios após 20 anos**. Rev. Saúde em Debate, nº 81, V.33 CEBES, 2009. Disponível em:
<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/A_REFORMA_SANITARIA_E_SUS_TENDENCIAS_E_DESAFIOS03_10.pdf Acesso em: 24 de maio de 2010.

SOARES, Erika Scheeren. **Limites e Possibilidades do Controle Social Democrático: O Conselho Estadual de Assistência Social do Rio Grande do Sul (CEAS-RS) em Perspectiva**. Disponível em:
<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/III Mostra/ServicoSocial/61321%20-%20ERIKA%20SCHEEREN%20SOARES.pdf> Acesso em 30 de maio de 2010.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. **Controle social em saúde e cidadania** in Revista Serviço Social e Sociedade, ano XXIV, n 74, julho de 2003.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Participação e controle social** in Política social, família e juventude: uma questão de direitos/ Mione Apolinario Sales, Maurilio castro de Matos, Maria Cristina Leal. (organizadores). São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICE 1 – Formulário de Identificação

PERFIL DO CONSELHEIRO Nº _____:

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3. Cidade: _____ 4. Estado: _____ 5. Naturalidade: _____
6. Telefone residencial/ celular: _____ 7. Idade: _____
8. Sexo: () Feminino () Masculino 9. Filhos: () Sim () Não
10. Estado civil: () Casado/união estável () Solteiro () Divorciado () viúvo
11. Profissão: _____ 12. Escolaridade: _____
14. Cargo no Conselho: _____
15. Representante do segmento: _____
16. Desde quando está no Conselho: _____

APÊNDICE 2 – Formulário semi-estruturado para entrevistas

ENTREVISTA Nº ____:

17- Quem participa do conselho?

18- Tem participação da sociedade civil?

(.....) SIM. De que forma se dá a participação da sociedade civil? (controle social, participação, esfera pública)

NÃO () Porque?

19- Qual é a composição do conselho? (ver paridade e forma de representatividade por cargo) e como são determinados os membros e os cargos? (controle social, esfera pública/democratização)

20- Como se dá o processo de escolha dos conselheiros? (ver se o processo é democrático)

21- Por que você participa do Conselho? (o que o motivou)

22- O que é o Conselho de Saúde para você? (ver se é definido como espaço

estratégico de formulação da política, deliberativo – Bárbara ver como é definido na lei)

23- Quais as finalidades do Conselho Municipal de Saúde? (controle social, participação)

24- Quando as reuniões acontecem?

25- Elas são abertas e/ou fechadas? Porque?

26- Existe divulgação das reuniões? Tanto da data, hora e local como dos temas a serem discutidos? ()SIM () NÃO Porque? (esfera pública/ publicização)

27- Como são montadas a pautas da reunião? (de que forma as demandas chegam para as reuniões do Conselho? (controle social, participação)

28- Quais as principais pautas/ assuntos que são discutidos e decididos nas reuniões do conselho?

29- Como os assuntos/pautas são discutidas? (esfera pública)

30- Como as decisões são tomadas?

31- Havendo ou não público as reuniões são dirigidas da mesma maneira?
(controle social, participação, esfera pública/ democratização).

32- É possível, a qualquer cidadão, o acesso a atas, regulamentos, documentos em geral?

33- O que é controle social pra você? (controle social, participação)

APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevistas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA - UNIPAMPA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DE SÃO BORJA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa “Conselho Municipal de Saúde de São Borja: um espaço de controle social?”, realizado pela acadêmica Bárbara Lavarda Drews, Carteira de Identidade número 1069380432, CPF 018.470.170.88. O referido projeto objetiva analisar como se configura, ou não, controle social no Conselho Municipal de Saúde de São Borja.

Esta pesquisa possui o intuito de fortalecer as práticas conselhistas como espaço de luta e defesa da cidadania.

Sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você participará respondendo um questionário, que servirá para traçar o perfil dos conselheiros. A segunda etapa será uma entrevista com alguns conselheiros, os quais serão sorteados e têm o direito de recusar-se a participar.

O projeto foi desenvolvido para o Trabalho Final de Graduação II do curso de Serviço Social, orientado pela prof^a Ms. Fabiana Aguiar de Oliveira e obedece a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e para qualificação das políticas públicas e serão mantidos sob a guarda do Curso de Serviço Social da UNIPAMPA.

Para preservar o sigilo da identidade pessoal e social dos sujeitos, eles serão identificados como: conselheiro 1, conselheiro 2, conselheiro 3, etc.. Assim será mantido o compromisso ético do pesquisador e o respeito com os sujeitos que participaram da pesquisa.

A devolução dos resultados será por meio da exposição dos mesmos aos usuários a partir de uma apresentação expositiva e dialogada em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, além disso, será deixado no Conselho Municipal de Saúde uma cópia do Trabalho Final de Graduação.

Qualquer esclarecimento ou informação adicional poderá ser obtido pelo telefone (55) 3430-4339, ou pelo endereço: Rua Ver. Alberto Benevenuto, 3200 Bairro: Passo, São Borja – RS – Brasil CEP 97670-000 e-mail: saoborja@unipampa.edu.br

Eu, _____ aceito participar do estudo acima descrito.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para observação

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA - UNIPAMPA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DE SÃO BORJA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa “Conselho Municipal de Saúde de São Borja: um espaço de controle social?”, realizado pela acadêmica Bárbara Lavarda Drews, Carteira de Identidade número 1069380432, CPF 018.470.170.88. O referido projeto objetiva analisar como se configura, ou não, controle social no Conselho Municipal de Saúde de São Borja.

Esta pesquisa possui o intuito de fortalecer as práticas conselhistas como espaço de luta e defesa da cidadania.

Sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo. A coleta de dados se dará por observação da reunião e anotações em diário de campo.

O projeto foi desenvolvido para o Trabalho Final de Graduação II do curso de Serviço Social, orientado pela prof^a Ms. Fabiana Aguiar de Oliveira e obedece a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e para qualificação das políticas públicas e serão mantidos sob a guarda do Curso de Serviço Social da UNIPAMPA.

Para preservar o sigilo da identidade pessoal e social dos sujeitos, eles serão identificados como: conselheiro 1, conselheiro 2, conselheiro 3, etc.. Assim será mantido o compromisso ético do pesquisador e o respeito com os sujeitos que participaram da pesquisa.

A devolução dos resultados será por meio da exposição dos mesmos aos usuários a partir de uma apresentação expositiva e dialogada em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, além disso, será deixado no Conselho Municipal de Saúde uma cópia do Trabalho Final de Graduação.

Qualquer esclarecimento ou informação adicional poderá ser obtido pelo telefone (55) 3430-4339, ou pelo endereço: Rua Ver. Alberto Benevenuto, 3200 Bairro: Passo, São Borja – RS – Brasil CEP 97670-000 e-mail: **saoborja@unipampa.edu.br**

Eu, _____ aceito participar do estudo acima descrito.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

APÊNDICE 5 – Formulário semi-estruturado para coleta de dados do histórico**HISTÓRICO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BORJA:**

Quando o Conselho Municipal de Saúde de São Borja foi criado?

Quem foi o responsável pela criação?

Como se constituía a primeira representação?

Como aconteciam as reuniões? Em que local? Com que frequência?

Quando foi criado o regulamento interno?
