

A burocratização das práticas cotidianas dos conselhos de saúde: como superar?

The bureaucratization of daily practices of health counselors: how to overcome it?

La burocratización de las prácticas cotidianas de los consejos de salud: ¿cómo superarlas?

Helena Eri Shimizu¹, Márcio Florentino Pereira²

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar as representações sociais dos conselheiros de saúde acerca do controle social. Utilizou-se o método qualitativo, por meio de entrevistas em profundidade, com 60 conselheiros dos conselhos de saúde da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno – RIDE/DF. O controle social em saúde é compreendido como a participação da população na formulação, no monitoramento e na avaliação das políticas municipais, todavia as práticas cotidianas extremamente burocratizadas dificultam o protagonismo dos conselheiros, conseqüentemente a construção de consensos partilhados. Conclui-se que é fundamental ampliar a participação novos sujeitos sociais a fim de revitalizar os espaços de construção de políticas de saúde consentâneas com os pressupostos o SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de Controle Social; Saúde Pública; Participação Comunitária.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the social representation of the health counselors regarding social control. The qualitative method has been used, through extensive interviews with 60 counselors of the health counsels of the Federal District and Surroundings Integrated Region – RIDE/DF. Social control regarding health is understood as the participation of the population in the definition, monitoring, and evaluation of the municipal policies, even though the extremely bureaucratic daily practices interfere with the participation of the counselors, thus interfering with the construction of a common consensus. Based on this study, it has been concluded that to broaden the participation of new social elements is evident, aiming to invigorate the construction forums of health policies coherent with the presumptions of the SUS.

KEYWORDS: Social Control Policies; Public Health; Consumer Participation.

¹ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. SQN 205 Bloco G Apto 605. Asa Norte. Brasília –DF – shimizu@unb.br

² Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Pesquisador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Brasília –DF – mfpereira@unb.br

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 56-66, jul./set. 2009.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la representación social de los consejeros de salud respecto al control social. Para esto se ha utilizado el método cualitativo, por medio de entrevistas a profundidad, con 60 consejeros de los consejos de salud de la Región Integrada del Distrito Federal y alrededores – RIDE/DF. El control social en materia de salud se comprende como la participación de la población en la formulación, el monitoreo y la evaluación de las políticas municipales, aunque las prácticas cotidianas extremadamente burocratizadas dificulten el protagonismo de los consejeros y, por consecuencia, la construcción de consensos compartidos. Basados en este estudio, se ha concluido que resulta fundamental ampliar la participación de nuevos individuos sociales con el fin de revitalizar los espacios de construcción de políticas de salud coherentes con las presunciones del SUS.

PALABRAS CLAVE: Políticas de control Social; Salud Pública; Participación Comunitaria.

INTRODUÇÃO

A criação dos conselhos de saúde, como instância institucionalizada de participação social, sem dúvida, significa uma conquista da sociedade civil em busca da construção de uma perspectiva mais democrática em saúde que possibilita a reconfiguração do espaço público. Entretanto, diversos estudos têm demonstrado que a participação social não é garantida apenas com a instalação formal do conselho (OLIVEIRA, 2004; ACIOLI; MATTOS, 2005; ACIOLE, 2007).

Em realidade, espera-se que os conselhos municipais de saúde possibilitem novas formas de interação entre governo e sociedade, que resultem em novos padrões de governo baseados na gestão democrática, com centro em três pilares fundamentais: maior responsabilidade dos governos municipais em formular políticas públicas consentâneas com as necessidades da população; reconhecimento dos direitos sociais; e abertura de canais para ampla participação da sociedade (JUNIOR, AZEVEDO, RIBEIRO, 2004; ACIOLE, 2007; SANTOS, 2005).

A instituição de práticas de gestão democráticas nos municípios depende de como os conselhos de saúde se organizam para bloquear ou minimizar práticas clientelistas e a captura das esferas públicas por interesses corporativos; desenvolver práticas e estruturas horizontais de participação, capazes de gerar sujeitos políticos autônomos; e estimular e reforçar os vínculos associativos dos grupos locais. Há que se considerar, que a concretização de suas proposições depende, sobretudo, da forma como funcionam os núcleos de poder e da maneira que se realizam as interações entre os diversos segmentos representantes no conselho, ou seja, do governo, do prestador, do trabalhador e usuário (OLIVEIRA, 2004).

Desta feita, a capacidade dos conselhos de dinamizar a participação social imprimirá a qualidade política nos conselhos de saúde. Cabe destacar ressaltar que a participação é conquistada no processo histórico, requer para sua ocorrência, a competência dos grupos sociais por meio da representatividade de lideranças, legitimidade dos processos, participação da base e capacidade de auto-sustentação e planejamento participativo (Demo, 1996).

Na realidade, os conselhos não são virtuosos em si. Tornam-se virtuosos na medida em que são percebidos como espaços de decisão construídos pela capacidade efetiva de atuação da representação popular da coletividade (CACCIA, 2000).

Assim sendo, interessa-nos conhecer neste estudo se os conselhos têm possibilitado a ampliação do debate público acerca das necessidades de saúde da população.

São os objetivos do estudo: analisar as representações sociais dos conselheiros acerca do controle social, bem como as práticas cotidianas no interior dos conselhos, a fim de apontar as fragilidades e potencialidades para democratização da gestão dos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (RS) de Serge Moscovici. Para o autor, as RS são compreendidas como conhecimento prático ou do senso comum, socialmente elaborado e partilhado, que orienta as condutas cotidianas (MOSCOVICI, 1976).

Nesse sentido, interessa-nos, neste estudo conhecer o conhecimento partilhado pelos conselheiros de saúde, bem como as condutas originárias desse conhecimento.

O estudo foi realizado com os conselheiros dos municípios da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF), composta pelo Distrito Federal e mais 22 cidades, sendo 19 pertencentes ao Estado de Goiás e três a Minas Gerais.

Contamos com a participação de dezenove conselhos municipais, sendo da Região do Entorno Sul: Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, da Região de Unaí (Buritis, Cabeceira Grande e Unaí), da Região dos Pirineus (Abadiânia, Colcalzinho, Padre Bernardo e Pirenópolis), da Região do Entorno Norte (Formosa, Água Fria, Planaltina de Goiás e Vila Boa). Foram realizados contatos com os municípios de Alexânia, que se recusou a participar da pesquisa, Cabeceiras, Mimoso, que não obtivemos sucesso, sob o argumento de que os conselhos estavam desestruturados.

Foram realizadas 60 entrevistas com conselheiros de saúde, com pelo menos três meses de atuação no CS, representantes dos segmentos: dezoito dos gestores, dezesseis dos trabalhadores, dezessete dos usuários e nove dos prestadores de dezenove municípios da RIDE-DF.

Foi solicitado aos conselheiros que narrassem livremente sobre a experiência no cotidiano dos conselhos de saúde. Aos entrevistadores coube estimular que aprofundassem sobre alguns aspectos relacionados as atribuições dos conselhos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, posteriormente, fundamentado na hermenêutica dialética, foram feitas várias leituras e re-leituras para a busca de significados e sentidos partilhados pelos conselheiros.

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, e todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Representações Sociais sobre o Controle Social em Saúde

Os conselheiros expressaram as suas representações sobre o controle social em saúde como a participação da população na formulação, no monitoramento e na avaliação das políticas municipais. Essa participação, na visão dos conselheiros, requer o desenvolvimento de um conjunto de atribuições que subsidiem satisfatoriamente a organização das políticas e dos serviços de saúde nos municípios com base nas demandas e necessidades, mas que ainda encontra-se embrionária nos municípios.

Eu acho que o controle social é ele participar de alguma atividade que implique na participação, no acompanhamento, na avaliação de políticas municipais (Suj 30).

A representação do controle social entendido como o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado foi idealizado como uma utopia igualitária dentro do processo da Reforma Sanitária, com o intuito de garantir a saúde como um direito do cidadão e a construção do fortalecimento do poder local por meio de uma gestão social democrática (ACIOLE, 2007; GERSHMAN, 2004). O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado permitiria a expansão da esfera pública, por meio da criação de canais de participação social (GOHN, 2004). É nessa perspectiva que os conselhos de saúde se colocam como pilar institucional do SUS e instrumento de controle social (ACIOLE, 2007).

Apreendeu-se também nos depoimentos dos conselheiros que é forte a representação do controle social como a participação da população no controle e/ou fiscalização das ações e políticas da saúde. Nesse particular acreditam que o CS impõe ao gestor de saúde a necessidade de maior transparência e rigor em relação as ações desenvolvidas no município.

Acredito que seja isso. Controle social seria a participação desta comunidade com ar mais atento, a própria palavra controle, já diz, seria a participação desta comunidade em volta de um controle de alguma coisa, de fiscalização, ajuda (Suj29).

Essa representação pode ser compreendida no contexto de um fenômeno político denominado accountability, que se trata de um espaço político onde um ou diversos atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas (OLIVEIRA, 2004).

Além do controle das contas publicam em saúde, o controle social ou accountability tem outro significado mais amplo o de estabelecimento de garantias para a atuação da população, no desenvolvimento de ações que levem em conta suas necessidades e dando transparência às suas ações (LIMA, 2003).

No âmbito dos CS da RIDE-DF, embora a participação social em saúde seja reconhecida pelos conselheiros como um direito do cidadão, constituindo-se importante canal para o exercício da cidadania e da afirmação de novos direitos, ou seja, que não se limita a garantia de direitos previamente definidos pelo Estado, mas na conquista de outros emanados das práticas concretas (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005), deparam-se

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 56-66, jul./set. 2009.

com falta de permeabilidade dos gestores para interferirem mais incisivamente no espaço da gestão em saúde.

É revelada a existência de interferências pelas prefeituras e/ou secretarias municipais na dinâmica da organização e funcionamento do conselho, inclusive com estabelecimentos de mecanismos de isolamento dos conselheiros considerados por elas como os mais críticos em relação a forma de condução da gestão.

Então eu acho que eles me isolam nesse ponto, porque eu sou uma pessoa que formo opinião, mais crítico, mas estou sozinho. Ainda acho que esse é um dos grandes problemas do conselho é esse. E em municípios pequenos, isso é muito mais evidente, muito pior, porque a assessoria dos prefeitos fala que o prefeito tem que estar sempre com o conselho na mão para poder. (Suj 30).

Os depoimentos indicam, também, que como no interior dos CS os interesses políticos partidário dos gestores costumam se sobreporem aos interesses da população, é necessária uma atuação firme dos conselheiros para que evite o uso político desse espaço, que pode favorecer a ocorrência de uma prática clientelista.

Os interesses políticos, os interesses pessoais dos gestores é muito maior que o interesse do povo. Porque se não fazer essa pressão para que se acabe esse interesse. Eu vou promover o candidato fulano de tal. E então na hora de saúde se essa pessoa quer que a pessoa seja bem atendida tem que vir com o bilhete de fulano (Suj 41).

Desta feita, de um lado, os conselheiros reiteram que é mister garantir no espaço do conselho o direito da população vocalizar as suas necessidades de saúde, afim de que esses sejam considerados nos planos de saúde. De outro lado, que os gestores (prefeitos e secretários) precisam participar mais ativamente para ouvi-los discutir e articular, uma vez que este se constitui um espaço de representação da sociedade dentro do poder executivo, portanto um espaço de participação social institucionalizado para pactuação das necessidades da população.

A minha sugestão é que tanto o prefeito quanto o secretário ouça mais e participe mais das ações do conselho discutindo e acreditando no conselho, articulando. Porque o conselho é a representação da sociedade dentro do executivo (Suj 23).

Os conselheiros evidenciaram também que contribui para a fragilidade do controle social em saúde a falta de articulação do CS com a população local, que tem baixa cultura de participação na formulação de propostas para resolução dos problemas de saúde. Entretanto, a forma como os CS têm se portado junto à população tem contribuído para o distanciamento entre ambos, ou seja, o desconhecimento dos conselhos: dos seus objetivos, das suas funções e mesmo da suas utilidades.

Contribui para a ocorrência dessa situação, a postura dos próprios conselheiros que demonstraram que os assuntos discutidos no conselho usualmente permanecem mais no âmbito interno do CS, principalmente pela baixa interação com membros da entidade representada, uma vez que sua participação se restringe às reuniões do conselho.

É registrado em ata todas as reuniões ordinárias e extraordinárias. Fica mais no conselho. Os representantes das associações às vezes levam, mas eu não tenho conhecimento como é lá, ate porque eu sou participo das reuniões do conselho (Suj 59).

Os conselheiros ratificam que para o fortalecimento da participação social no processo de gestão em saúde é fundamental a articulação entre o conselho de saúde e outros conselhos, mas na RIDE-DF isso é bastante frágil, como mostra o depoimento:

Nenhum parceiro, nem sei se é papel dele. Mas até poderia ser, mas não tem trabalhado com outros conselhos, parceiro. O conselho está trabalhando sozinho, fechado. Não tem forma de avaliação do conselho. Nunca ouvi falar. (Suj 01).

Existe reconhecimento da importância da parceria com o ministério público para a resolução de alguns problemas de saúde. Houve também menções de conselhos de saúde que foram reestruturados com a ajuda do ministério público. E chega para o secretario de saúde. Tem co-operação do ministério publico? Não que o ministério público tem feito alguma cobrança para o conselho, mas que haja uma atuação conjunta entre conselho municipal de saúde, ministério publico para qualquer ação (Suj 32).

O Ministério Público (MP), como instância legítima de proposição e fiscalização das ações de saúde tem trabalho em parceria com os conselhos de saúde. Essa parceria tem sido uma prática cada vez mais freqüente na relação entre gestores e usuários (MACHADO; PINHEIRO; GUIZAR DI, 2005). A articulação do MP com CS qualifica a atuação do conselho frente aos gestores, tanto em termos simbólicos como práticos, porque faz com que faz cumprir a Lei, ou seja, que se garanta o atendimento, além de permitir ampliar os serviços públicos de saúde. A interlocução entre essas instâncias pode representar avanços no exercício da cidadania, se houver uma articulação que permita análise do conjunto do atendimento das necessidades mais amplas da população do município.

Outros estudos mostram que a criação dos conselhos e o desejo que esse espaço tornasse instância legítima das deliberações sobre políticas de saúde, fez com que houvesse distanciamento da interação com a população (MISOCKY, 2003, OLIVEIRA, 2004, GOHN, 2004b).

Para refletir sobre a cultura de participação popular é imprescindível considerar o contexto político, histórico e social a que os grupos sociais estão submetidos. O Brasil apresenta uma tradição acidentada de emergência e atuação de movimentos populares, teve na década de 80 e 90 uma ampliação, mas que regrediu nos últimos tempos (SANTOS, 2006). Nesse sentido, verifica-se que grande parte da população brasileira, principalmente os grupos pobres foram excluídos, inclusive dos serviços de saúde. Como consequência, ainda hoje, se verifica nos serviços de saúde a associação pobreza relacionada a falta de participação, em que a população é tratada como culpada por não querer participar das ações planejadas de saúde, portanto não muda as suas condições de saúde (ACIOLI, 2005).

As práticas cotidianas nos conselhos de saúde

Os conselheiros demonstraram em relação à organização e funcionamento cotidianos dos CS, que se encontram formalmente constituídos. Como será apresentado abaixo, são desenvolvidos diversos procedimentos relativos à operacionalização desse fórum com a finalidade de garantir a sua legitimidade.

A maioria dos CS dos municípios da RIDE-DF, apesar do baixo quorum, tem conseguido regularidade para realizar as reuniões com os conselheiros. Usualmente as reuniões acontecem mensalmente em horários e dias pré-determinados. Alguns conselhos que ainda não funcionam sistematicamente, os seus presidentes fazem as reuniões extraordinária quando precisam analisar algum documento que deve passar obrigatoriamente por esse colegiado.

O ideal é que se faça mensal, mas só aconteceu duas vezes, e desde então são extraordinárias. Tem registro das reuniões. Temos as pautas, não. Chega à reunião e ela é apresentada. Tem, temos liberdade. Tem porque às vezes a gente chega analisa direitinho e tal, faz a leitura, a secretária faz a leitura e a gente coloca tal item assim e tal (Suj 31).

Quanto aos mecanismos para viabilizar as discussões no colegiado do CS, ficou demonstrado que na maioria dos municípios, geralmente, as pautas das reuniões são elaboradas previamente pelo presidente dos conselhos, mediante consulta aos secretários sobre as demandas da secretaria municipal de saúde. Estas são encaminhadas com algum tempo de antecedência aos conselheiros para que tomem conhecimento dos assuntos a serem discutidos.

Ele é o órgão gestor, então ele faz a pauta, e essa pauta é comunicada a cada conselheiro com oito dias de antecedência. E enviada com recibo. E registrado em ata. A nossa reunião reveste de uma formalidade normal de toda e qualquer reunião (Suj 35).

No que tange a distribuição da pauta da reunião, com antecedência, para que os participantes se preparem adequadamente para realizar discussões com maior profundidade dos temas abordados, se observaram contradições nos depoimentos, pois alguns afirmam recebê-los e outros afirmam não recebê-los, o que demonstra variação entre os conselhos em relação ao procedimento de comunicações sobre as reuniões.

Isso aí tem tido falhas, nos queríamos que elas fossem entregues aos conselheiros com antecedência pra poder preparar para aquela reunião mais infelizmente a leitura da pauta anterior e a preparação dessa pauta que foi como eu disse previa (Suj 17).

Os conselheiros evidenciaram que devido grande número de documentos para ser analisado pelo conselho, é escasso o espaço para realizar a discussão de outros temas como as questões o cotidiano de trabalho e as diversas estratégias relativas à gestão municipal em saúde. Geralmente o acréscimo de algum ponto de pauta é encaminhado ao presidente no momento da reunião, que consulta o colegiado sobre a pertinência de sua inclusão.

Os conselheiros praticamente não participam das pautas. A pauta é feita lá. Tem um monte de processo pra ser apreciada próxima reunião, então a pessoa é vista na prioridade dele, e eles são jogados pra ser naquela reunião, e as questões práticas, que de repente a estratégia, as propostas (Suj.3).

Nessa direção os conselheiros demonstraram que apesar de o conselho de saúde estar formalmente estruturado para dialogar mais intensamente com a população em busca de suas necessidades, existe dificuldade para colocarem em debate as questões relacionadas a formulação de políticas e ações para os municípios, pois esta importante atribuição é assumida quase exclusivamente pela secretaria de saúde.

O plano municipal de saúde, um dos principais instrumentos de gestão, os conselheiros confirmam que, na maioria dos municípios, não participam de sua elaboração porque são feitos pelos técnicos da secretaria, mas discutem e aprovam, e se for necessário podem sugerir algumas alterações.

Esse plano de saúde na verdade até então ele não tinha muita participação do conselho. Ele era elaborado por uma equipe técnica da secretaria da saúde. Dentro da reunião para aprovar, aí sim, era debatido tópico por tópico, tema por tema, se tivesse alguma sugestão a colocar para alteração (Suj 55).

A análise do orçamento municipal em saúde, considerado pelos conselheiros como outro assunto complexo, é feito em alguns conselhos, por uma equipe ou por quem tem maior preparo formal na área de contabilidade e finanças, que faz um exame mais detalhado de todas as informações contidas no documento. Há que se ressaltar, todavia, que ocorre de muitos conselheiros aprovarem os orçamentos sem uma compreensão real do que foi executado, em decorrência da falta de preparo, sobretudo de momentos de discussão mais ampliada para a compreensão da questão.

Assim, outra dificuldade para exercício do controle social reiterada pelos conselheiros é a ausência de capacitação técnica para execução dos trabalhos dos conselhos, visto que uma prática comum a utilização de linguagem demasiadamente técnica da área da gestão.

Primeiro acho que o conselho não tem capacidade técnica para isso, nem para diagnosticar e nem para dar a ação. você está entendendo? Ainda não temos isso. A não ser em determinadas áreas, como um advogado, um dentista, um técnico de enfermagem tem uma noção (Suj 20).

A falta de infra-estrutura também foi apresentada pelos conselheiros como condição que impossibilita a autonomia do conselho para o pleno desempenho de suas funções, sobretudo dos recursos financeiros, recursos físicos e educação permanente.

O conselho não vai ter condições enquanto não existir recursos próprios, você está entendendo? Não existe uma pessoa que tenha condições de dar um suporte técnico para estes conselhos para que eles funcionem plenamente (Suj 20).

Eu acho assim, o conselho, por ele ainda não ter uma autonomia, uma sede própria, não tem assim, uma organização de estrutura apropriada então ele sente dificuldades de atuar nesse sentido (Suj 52).

Sobre a discussão em reunião do CS para a implementação no município das diretrizes para a formulação de políticas e ações aprovadas na Conferência de Saúde, os conselheiros destacaram que é muito esporádica, quando deveria ser a base para o estabelecimento dos planos de saúde. Ademais, a falta de mecanismos sistemáticos de interação dos conselheiros com comunidade tem dificultado a criação de loci para a construção de consensos das prioridades em saúde em nível local.

Teve algumas reuniões pós conferência, a qual dentro da reunião os conselheiros sugeriram que fossem tomadas algumas atitudes pra que aqueles assuntos. Aquelas. Aquelas problemas levantados dentro da conferência fosse cumprido. Aquela problema, aquelas sugestões, que tudo que foi levantado na conferência fosse cumprido de alguma forma (Suj 55).

A forma como são conduzidas as questões relativas à gestão municipal em saúde aprendidos nos depoimentos indicam que os conselheiros, na maioria das vezes, apenas tomam conhecimento, seja das ações e estratégias a serem implementadas, seja do objeto de intervenção. Haja vista a falta de oportunidade dos conselheiros para participar mais ativamente da discussão de um plano de saúde que contemple as diversas necessidades reais de saúde da população. Esse ritmo imposto pela dinâmica de funcionamento dos conselhos tem burocratizado um espaço que deveria propiciar o aumento da densidade democrática.

Os conselheiros evidenciaram, principalmente, a necessidade de o CS ter autonomia da secretaria, que consiste na liberdade de participação de todos os atores envolvidos no desempenho das funções do conselho, com horizontalização da distribuição de poderes, o que implica na necessidade de redução do poder do gestor.

E segundo: autonomia da secretaria de saúde. Isso é de grande importância. É ter um conselho seria que seja justo, que a população participe. Que o gestor também participe, mas não como maioria, não como um rolo compressor. Isso é de grande importância. Infelizmente não é isso que acontece (Suj 18).

Essa forma de condução das práticas no conselho, extremamente centralizada pela secretaria e burocratizada, impede que os sujeitos dialoguem com sua experiência e com os desejos nele implicados, revelando-se pouco poroso à produção de novas possibilidades de construção de projetos coletivos (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). A ausência de um projeto de saúde construído coletivamente para os municípios dificulta que os conselheiros da RIDE-DF desenvolvam outras etapas importantes do controle social em saúde: como o monitoramento e avaliação das ações e das contas públicas.

Tal exercício de poder do Estado com a população, como ocorre nos conselhos, é recorrente, principalmente o fato de que todas as informações sobre o sistema se apresentam como dados prontos, reconhecidos legítimos em função da autoridade dos especialistas que os produzem (GERSCHMAN, 2004; GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005; ACIOLE, 2007). São essas informações que de nem todas as ações e a forma de organização do serviço, sem nenhuma consulta às demandas dos usuários que buscam os serviços de saúde.

Cabe lembrar que historicamente o Estado definiu a demanda por serviços a partir de uma oferta predeterminada. Nesse modo de relação, os responsáveis pela gestão e planejamento local comumente não se dispõem a ouvir sobre as demandas daqueles que utilizam o serviço. A população não é considerada como sujeito político, mas como objeto, como número que se apresenta em cálculos e em tentativa de previsão e ordenação da assistência (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conselheiros levantaram a necessidade de re-pensar o processo de gestão participativa, que se encontra burocratizado, contribuindo para tolher a liberdade dos sujeitos envolvidos na construção da democracia participativa em nível local. A necessidade de expansão dos conselhos locais é colocada pelos conselheiros como formas para trabalhar mais profundamente as necessidades específicas de cada área/unidade, que deve ser integrada e articulada a secretaria municipal. Existem algumas experiências que demonstram a importância desse modelo de gestão, mas que ainda encontra-se em construção e enfrenta

algumas dificuldades, principalmente o da inclusão do usuário no planejamento das ações (CREVELIM, 2004; MORITA; GUIMARÃES; MUZIO, 2006).

Uma proposta de defesa de espaços coletivos de gestão se faz necessária para construir uma nova dialética entre autonomia e controle social (ASSIS, 2003). O modelo de co-gestão proposta por Campos permite abarcar diversos tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, permitindo que se expressem os desejos e interesses entre os diversos atores sociais (internos e externos), que se confrontam entre si e com a realidade (CAMPOS, 2000; ASSIS, 2003). Este modelo rompe com práticas de gestão centralizadas, colocando como desafio a necessidade de integrar a participação de diversos atores (gestores, trabalhadores, usuários, dentre outros).

Os conselheiros da RIDE-DF demonstraram que o CS tem revelado ser um processo contraditório e não linear que não pode ser analisada dissociada dos mecanismos históricos que permearam e permeiam a formulação da política de saúde do Estado Brasileiro (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005).

Todavia, apesar de todas as dificuldades, a articulação do controle social e da participação social na definição das políticas e ações de saúde no âmbito do conselho com as demandas concretas da população é imprescindível, uma vez que favorece a participação cidadã, direciona o planejamento das práticas regulatórias e contribui para impor obstáculos à cultura clientelista e assistencialista, ainda fortemente presente na relação entre os gestores e população.

São importantes condições para a participação emancipatória: a) educação permanente para a qualidade da ação política; b) identidade cultural comunitária, c) conquista de direitos como um caminho para o estabelecimento de compromissos para a construção de uma sociedade democrática (DEMO, 1996, 2003, 2006). Nessa perspectiva, a concepção de emancipação deve ser re-significada porque requer para o desenvolvimento da cidadania um conjunto de lutas processuais (Santos, 2006).

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; Villa, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP: v. 11 n. 3, p.376-382, maio/jun 2003.

ACIOLE G. G. Das dimensões pedagógicas para a construção social da cidadania no exercício do controle social. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo: v. 11, n. 23, p. 409-25, set./dez. 2007.

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: Pinheiro, R.; Mattos R. A. (Orgs). **Construção social da demanda, direitos à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, 2005. p. 293-303.

CACCIA, B. S. Os Conselhos como Instrumentos da Sociedade. In: Carvalho, M. C.; TEIXEIRA, A. C. (Orgs). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. **Revista Polis** 37. São Paulo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 2000.

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 56-66, jul./set. 2009.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

DEMO, P. **Pobreza Política: a pobreza mais intensa da pobreza brasileira**. Campinas, SP: Armazém do Ipê, 2006.

GERSCHMAN, SILVIA. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, n. 6, p.1670-1681, nov./dec. 2004.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004a.

GOHN, M. G. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, p.57-93, 2004b.

JUNIOR, A. O. S.; AZEVEDO, S., RIBEIRO, L. C. Q. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: Santos Junior, A. O.; RIBEIRO, Q. C. L.; AZEVEDO, S. **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

LIMA, J. C. Descentralização e accountability em uma região de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, p. 221-233. 2003.

MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. (Org.) **Construção social da demanda, direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ: ABRASCO, 2005.

MIZOCZKY, M. C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, p. 336-347. 2003.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; MUZIO, B. P. DI. **A participação dos conselheiros municipais: solução que se transformou em problema?** Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 15, n. 1, jan./abril, p. 49-57. 2006.

MOSCOVICI S. **LA psychanalyse: son image et son public**. Paris : PUF;1976.

OLIVEIRA, V C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p.56-69, maio/ago, 2004.

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 56-66, jul./set. 2009.

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

SANTOS, B. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos, B. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.