



Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

FERNANDA DE BRITO RIBEIRO

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA –BA: A
CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA PRÁXIS?**



Feira de Santana-BA
2010

FERNANDA DE BRITO RIBEIRO

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA –BA: A
CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA PRÁXIS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico) da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dr^a Maria Ângela A. do Nascimento.

Feira de Santana-BA

2010

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Cartendo

Ribeiro, Fernanda de Brito
R369p Processo de implantação dos Conselhos locais de Saúde no município de Feira de Santana, Ba: a construção de uma nova prática/ Fernanda de Brito Ribeiro. – Feira de Santana, 2010.
109f.

Orientadora: Maria Ângela A. de Nascimento

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

I. Conselhos de Saúde – Feira de Santana. 2. Controle social. 3. Participação comunitária. I. Nascimento, Maria Ângela A. de. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDE- 614 (814.22)

FERNANDA DE BRITO RIBEIRO

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA –BA: A
CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA PRÁXIS?**

BANCA EXAMINADORA

_Prof. Dr^a. Maria Ângela Alves do Nascimento (Orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana-BA

_Prof. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira (1^a Avaliadora)
Universidade de São Paulo-SP - EERP

_Prof. Dr^a. Rosely Cabral de Carvalho (2^a Avaliadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana-BA

_Prof. Dr^a. Acácia Batista Dias (Suplente)
Universidade Estadual de Feira de Santana-BA

Feira de Santana-BA
2010

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João Carlos e Marli, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, pelo amor, compreensão, paciência e dedicação, sentimentos que alicerçaram essa conquista.

A minha irmã, Juliana, exemplo de ser humano que me espelha a fazer o melhor a cada dia.

A toda a minha família que sempre acreditou em todas as minhas vitórias e que estão sempre torcendo e acompanhando todos os meus passos. Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, alicerce de tudo que circunscreve a minha vida, muito obrigada pela oportunidade de me fazer presente neste universo tão grandioso.

Não imaginei que fosse possível construir uma relação de tanta admiração entre orientando – orientador. Foram muitas as orientações e horas de descobertas científicas magníficas. A construção desse trabalho só foi possível pela imensa dedicação, competência e amor que a minha querida orientadora apresenta pelo que faz. Muito obrigada Doutora **Maria Ângela Alves do Nascimento** por ser a grande responsável pela imensa ampliação do meu olhar sobre a ciência da Saúde Coletiva.

Ao amigo Miguel Setúbal pelo grande incentivo e imenso apoio nesta trajetória.

Agradeço as “Miguxas”, Elvira, Magda e Mari; ao “miguxo” Décio, a amiga Carina e Anne, obrigada por cada palavra de apoio e incentivo decisivos para essa conquista.

A toda a equipe docente da UEFS, funcionários e todos os colegas do mestrado pela arte de conviver e trocar conhecimentos decisivos para a minha trajetória.

A todos os sujeitos desse estudo, pela disponibilidade na entrevistas, carinho e atenção. Muito obrigada a vocês também por estarem tentando construir uma nova práxis do controle social no município de Feira de Santana-BA.

Aos meus queridos amigos e primas que entenderam a minha ausência e me ofertaram apoio durante a realização deste curso.

As minhas queridas tias e avós Lourdes e Senhorazinha pelo grande incentivo.

Ao cunhado Eric e ao tio Jowan, pelo incentivo e paciência na escuta dos entraves que surgiram nesse processo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Jacuípe-BA, que teve um papel fundamental no ano de 2008 para que pudesse cursar o mestrado, assim como a Secretaria Municipal de Vera Cruz –BA, pelo apoio na trajetória final.

Muito Obrigada a todos!

RESUMO

Este estudo trata sobre o Processo de implantação dos Conselhos Locais de Saúde no município de Feira de Santana-BA busca verificar se há a construção de uma nova práxis. Apresentou como objetivos: compreender o processo de mobilização, organização e estruturação para a construção dos CLS no município de Feira de Santana-BA, analisar o processo de trabalho dos sujeitos responsáveis pela construção dos CLS a partir das necessidades sociais da população, discutir os entrave(s), a(s) conquista(s), e a(s) possibilidades(s) para a construção / efetivação dos CLS em defesa da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que seu objeto de estudo é um fenômeno social. O campo de investigação foram unidades de saúde da família do município, que se encontrava em processo de implantação dos Conselhos Locais de Saúde, a partir das comissões de saúde, tanto na zona urbana quanto na zona rural do município. As técnicas de análise utilizadas foram a entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise documental. Como sujeitos do estudo tivemos os informantes-chave (06 sujeitos) e membros das comissões locais de saúde (11 sujeitos). Na análise dos dados, buscamos uma aproximação da hermenêutica/dialética, com a compreensão (Hermenêutica) do processo dinâmico do controle social, tendo como base uma visão crítica (Dialética) das relações estabelecidas na realidade em construção. Diante dos dados produzidos emergiram 2 categorias de análise: Categoria 1: Compreensão do controle social no processo de formação do conselho local de saúde; Categoria 2: Conselho local de saúde de Feira de Santana-BA: ainda um processo em construção; tendo como sub-categoria 2.1 Da comissão de saúde ao Conselho Local: mobilização, organização e estruturação e 2.2 Processo de Trabalho das Comissões de Saúde: entraves, conquistas e possibilidades, na construção do CLS. Os resultados demonstraram que ainda há em Feira de Santana um cenário fragmentado e burocratizado para a construção dos Conselhos Locais de Saúde. Percebemos uma real necessidade do 'empoderamento' dos sujeitos que fazem parte desse processo, para que possamos transformar a realidade do nosso Sistema Único de Saúde legitimando a co- gestão da saúde com a participação popular. Pudemos constatar que o processo de mobilização popular em prol da formação do CLS se iniciou desde 1998 no município, porém até então não se concretizou. Permeando essa realidade constatamos entraves políticos, falta de participação efetiva, ausência de um processo de educação permanente, desmotivação social. Contudo, ainda que de forma lenta e gradual, apresentamos avanços representados pela legitimação da participação, formação da Comissões de saúde, regulamentação dos CLS, entretanto ainda não conseguimos expressar o protagonismo social da participação popular na gestão da saúde. Diante dessa realidade é notória a necessidade de se superar os desafios para a solidificação do exercício do controle social no município de Feira de Santana. Acreditamos que apenas com o fortalecimento do 'poder local' consigamos mobilizar a comunidade para a formação de sujeitos ativos no cenário do Controle social em Feira de Santana-BA.

Palavras chave: Controle Social, Participação comunitária, Conselhos de Saúde

ABSTRACT

Study about the construction process of Health Local Council (HLC) implantation at the district of Feira de Santana. The aims were to understand the mobilization, organization and structuring processes for HLC construction, to analyze the strategy of work of the individuals that were responsible for HLC construction starting from the population social needs, and to discuss the difficulty(ties), achieve(s), and a(s) possibilitie(s) for the construction/rendering of HLS in defense of health questions. This is a qualitative research, with a critical analytical perspective. The investigation field consisted in the inclusion of six units of family health, at the district, under the process of implantation of HLC, starting from the commissions of health, at the urban area and at the rural area of the district. The techniques of data collection used were semi-structured interviews, systematical observation and documental analysis. The individual of the study consisted of six key informers and 11 members of the Health Local Commissions, comprising 17 individuals. For data analysis, we considered an approach by Hermeneutic and Dialectics, considering the understanding (Hermeneutic) of the dynamic process of the social control. The base is a critical vision (Dialectics) of the relationships established at the reality under construction. Considering data produced, two categories of analysis emerged: Category 1: Understanding social control in the process of formation of HLC; Category 2: Health Local Council of Fair de Santana: a process under still building. From the results of this study, it is visible that still there is, at Feira de Santana, a fragmented and bureaucratized scenery for HLC building. We noticed a real need for empowerment of the individuals that builds such process, so that a transformation of the reality of Unique Health System will occur, legitimating the co-administration of decisions about health questions, with the popular participation. We could also verify that the process of popular mobilization on behalf of the formation of HLC began since 1998 at the district, however till now, it was not rendered. Among that reality, there are political impediments, as lack of effective participation of collective individuals, absence of a permanent process of education, social disinterest. However, although in a slow and gradual mood, some progresses were identified for legitimate the participation, starting from the formation of health commissions (even they are timidly developing activities on behalf of health subjects) and regulation of HLC, assumed by Districtal Council of Health. However, it still did not reach the concretely expression of social protagonism of popular participation in health problems administration. Due to that reality, it is well-known the need to overcome challenges for solidification of the exercise of social control at the district of Feira de Santana. We believe that just with the invigoration of the 'social power' we can mobilize the community for formation of active individuals in the scenery of the Social Control in Feira de Santana.

Key Word: Social Control; Consumer Participation; Health Council

SUMÁRIO

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: (des) articulação teoria-prática	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS X POLÍTICAS DE SAÚDE: a trajetória dos Conselhos Locais de Saúde.	20
2.2 A TRANSFORMAÇÃO DO INDIVÍDUO EM SUJEITO: a participação do novo sujeito social.	28
2.3 PARTICIPAÇÃO / CONTROLE SOCIAL/ PRÁTICAS DE PODER: quais as representações dos sujeitos?	32
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	36
3.1 TIPO DE ESTUDO	37
3.2 CAMPO DE ESTUDO	38
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	41
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	53
4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA DEFESA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA –BA: UMA CONSTRUÇÃO DIALÉTICA	61
4.1 COMPREENSÃO DO CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE	63
4.2 CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA: um processo em construção	73
4.2.1 DA COMISSÃO DE SAÚDE AO CONSELHO LOCAL: mobilização, organização e estruturação	73
4.2.2 PROCESSO DE TRABALHO DAS COMISSÕES DE SAÚDE: entraves, conquistas e possibilidades	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	107
APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada	108

APÊNDICE B- Roteiro da Observação Sistemática	109
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

“A realidade social, objetiva, que não existe por acaso, mas como produto da ação dos homens, também não se transforma por acaso. Se os homens são produtos desta realidade e se esta, na ‘inversão da práxis’, se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, é tarefa dos homens”

Paulo Freire, 1985

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: (des) articulação teoria-prática

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

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

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

Concretamente, o sistema de saúde vigente é ainda incapaz de promover uma maior interação com o seu ambiente social. Para superar tal deficiência, a

participação social é uma condição necessária para que uma população melhore a sua saúde e sua qualidade de vida (SERAPIONE; ROMANI, 2006), nos levando pouco a pouco, enquanto profissional de saúde no campo da Saúde Coletiva¹, a refletir sobre tais questões.

Durante a nossa formação enquanto discente do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), tivemos pouca experiências teórico-práticas, quer nas atividades assistenciais, quer nas atividades de pesquisa, numa abrangência da Odontologia enquanto prática social, mesmo com a diversidade das disciplinas cursadas como Odontologia Preventiva e Social I, II, III e IV. Apesar destes títulos sugerirem uma prática inovadora no pensar e fazer saúde, as disciplinas ainda desenvolvem na prática, ações paradigmáticas do modelo odontológico médico-centrado.

Contudo, logo após concluir a graduação, a nossa primeira experiência profissional foi como cirurgiã-dentista do Sistema Único de Saúde no município de Conceição do Jacuípe-BA. Quase um ano depois, precisamente dez meses nessa função, convidaram-nos a assumir a coordenação de Odontologia do município. Essa nova realidade nos conduziu a buscar conhecimentos sobre a Saúde Pública, motivando-nos a fazer um curso de especialização na área - *Especialização em Saúde da Família com ênfase na coordenação e gerenciamento do processo de trabalho*. Este curso oportunizou-nos a realizar um estudo de intervenção sobre a implantação de um Conselho Local de Saúde em uma área de abrangência do Programa de Saúde da Família do referido município.

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

Ressaltamos que o objeto de estudo escolhido, a implantação do Conselho Local de Saúde (CLS), teve origem, mesmo com a pouca experiência enquanto profissional de saúde, a partir da realidade vivenciada, naquele momento. Constatamos a ausência de uma estrutura social participativa na gestão da saúde, despertando-nos para a formação de um Conselho Local de Saúde, com o objetivo de fomentar nos cidadãos o exercício do controle social na comunidade em defesa da saúde. Nesse estudo, o produto final foi a formação e implementação do Conselho Local de Saúde no bairro do Baldez, em Conceição do Jacuípe – BA.

Após um ano da formação e implantação do CLS, observamos avanços no exercício do controle social no bairro Baldez. Os conselheiros usuários, que inicialmente possuíam uma representação quase inexpressiva, vêm demonstrando consciência sobre a sua representação e responsabilidade enquanto sujeito da construção de mobilizações e organizações dos movimentos sociais em defesa da saúde. Eles têm atuado ‘sensibilizando’ o CLS no que diz respeito ao compromisso e responsabilidade, no sentido de fortalecer esta participação em prol da defesa dos direitos do cidadão, e conseqüentemente, de um sistema único de saúde universal, descentralizado e Integral.

No entanto, no decorrer da pós-graduação, convivemos com as experiências relatadas pelos colegas ao explicitarem as dificuldades sobre o controle social. Isso porque o processo de democratização não se apresenta do mesmo modo em cada município, apesar da luta pela constituição dos conselhos, com legitimidade e representação popular paritária entre sociedade civil, trabalhadores de saúde e gestores.

A partir dessa experiência, tivemos uma grande aproximação, teórico-prática, do Controle Social, levando-nos a uma inquietação quanto a sua efetividade em

defesa da saúde. Desta forma, ao ingressarmos no mestrado acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, vimos a oportunidade de aprofundar a temática ao construir o objeto de estudo - O processo de implantação dos conselhos locais de saúde em Feira de Santana, a partir dos seguintes questionamentos: Como vêm sendo o processo de construção dos CLS em defesa das políticas públicas de saúde no município de Feira de Santana? Qual a compreensão do Controle Social a partir do trabalho para a construção dos Conselhos Locais de Saúde? Para tanto, as desdobramos seguintes **questões norteadoras**:

Como vem sendo trabalhado o processo de mobilização, organização e estruturação para a construção dos CLS no município de Feira de Santana-BA?

Como vem se dando o processo de trabalho dos sujeitos usuários para a construção dos CLS em defesa da saúde?

Qual (is) os entrave(s), a(s) conquista(s), e a(s) possibilidades(s) a partir do trabalho de construção dos CLS em defesa da saúde?

Visando buscar respostas a tais questionamentos, elaboramos os seguintes **objetivos**:

Compreender o processo de mobilização, organização e estruturação para a construção dos CLS no município de Feira de Santana-BA.

Analisar o processo de trabalho dos sujeitos responsáveis pela construção dos CLS a partir das necessidades sociais da população.

Discutir os entrave(s), a(s) conquista(s), e a(s) possibilidades(s) para a construção / efetivação dos CLS em defesa da saúde.

Diante de tais perspectivas, vemos que este estudo poderá contribuir enquanto motivador para a discussão efetiva da formação/implantação dos CLS de

Feira de Santana, ao resgatarmos as experiências de participação popular no Brasil - que já contam com mais de uma década – diante do permanente processo de construção social. Sabemos da existência de entraves a serem superados, mas os avanços devem ser ressaltados no sentido de possibilitar as possíveis transformações da política de saúde local, tendo como sujeitos os usuários dos serviços públicos de saúde, diante do seu compromisso e responsabilidade social enquanto sujeitos cidadãos. Porém, não basta apenas este envolvimento, mas também, a educação permanente dos conselheiros, tendo em vista o seu caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde local.

Sendo assim, o estudo do processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde foi relevante por possibilitar não apenas o conhecimento de uma das formas do exercício do Controle Social na cidade de Feira de Santana - BA, mas também a oportunidade para discutir sua efetividade a partir de elementos que poderão contribuir com a implantação dos CLS e, conseqüentemente a sua práxis. Haja vista que se trata de um princípio constitucional de grande magnitude para a construção e implementação de políticas públicas de saúde.

Além disso, esta pesquisa oportunizou a produção de novos conhecimentos referente ao exercício do controle social no sentido de superar os entraves políticos e burocráticos, despertar reflexões sobre a temática entre gestores, usuários e trabalhadores e fomentar discussões que poderão levar a construção de uma nova práxis.

Visando a operacionalização desse estudo, na perspectiva do exercício do controle social como um alicerce para a efetiva implementação do SUS, mas ainda

com um cenário de muitas barreiras operacionais, elaboramos os seguintes pressupostos:

Pressuposto I:

Mesmo com os avanços do SUS em Feira de Santana, para a construção dos Conselhos Locais de Saúde, a legislação por si só não garante a sustentação de um Conselho efetivo, deliberativo e autônomo, pois não se observa o desenvolvimento de uma cultura para o bem estar coletivo, de valorização do bem público e sua apropriação coletiva, mas sim uma satisfação de objetivos pessoais ou de determinado grupo político.

Pressuposto II:

A construção do CLS em Feira de Santana ainda carece de discussões e mobilizações sociais para que a população possa efetivamente interferir, deliberar e construir um sistema local de saúde voltado para as necessidades da população. Assim, o exercício do controle social ainda se encontra cercado com inúmeros entraves, apesar da institucionalização, para a sua efetiva concretização, há ainda um longo caminho a percorrer.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

“Ninguém pretende que a democracia seja perfeita ou sem defeito. Tem-se dito que a democracia é a pior forma de governo, salvo todas as demais formas que têm sido experimentadas de tempos em tempos”

Winston Churchill, 1970

No Brasil, a formação de um sistema único de saúde não aconteceu de forma burocratizada. Representou o resultado de uma luta dos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980 que pregavam o surgimento de espaços públicos para que a sociedade civil pudesse debater sobre temas de saúde (SADER, 1988), culminando assim com o Sistema Único de Saúde.

Apesar da presença de uma heterogeneidade nas características dos movimentos sociais nessas décadas, o campo da saúde apresentou avanços importantes. Nesse período, a luta pela saúde foi também a luta pela democracia e contra a ditadura militar. Lutava-se ao mesmo tempo pela universalização de direitos civis, políticos e sociais. A reforma sanitária buscava uma transformação da relação Estado, Classe e Grupos Sociais, visando o acesso universal e gratuito de um Serviço Público Nacional de Saúde (PINTO; LOPES, 2007).

Tais movimentos sociais forneceram o cenário para a construção do Sistema Único de Saúde que institucionalizou a **Participação Social** na construção de políticas de saúde, que se efetiva por meio do exercício do **Controle Social** sobre as ações governamentais. Entretanto, apesar de todos esses anos, há ainda uma necessidade de se fomentar discussões e mobilizações sociais para que a população possa efetivamente interferir, deliberar e construir um sistema de saúde voltado para suas necessidades.

Para tanto, no sentido de garantir a legalização e democratização do Controle Social no SUS, temos os Conselhos e as Conferências de Saúde, espaços legalizados constituídos de uma efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão dentro das políticas de saúde. Outrossim, é preciso que saibamos quem são esses sujeitos que têm uma representação social em defesa das políticas públicas,

quais são seus interesses, qual a sua forma e seu espaço de atuação e como podem se tornar protagonistas da construção de uma gestão democrática na saúde.

Sendo assim, buscamos, a partir do objeto deste estudo respostas para os questionamentos explicitados anteriormente, a partir da fundamentação científica representada em três categorias analíticas:

- 1) **Políticas Públicas X Políticas de Saúde:** a trajetória dos Conselhos Locais de Saúde
- 2) **A transformação do indivíduo em Sujeito:** a atuação do novo ator social
- 3) **Participação / Controle Social/ Práticas de poder:** quais as representações dos sujeitos?

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS X POLÍTICAS DE SAÚDE: a trajetória dos Conselhos Locais de Saúde.

Para melhor compreensão das políticas públicas e políticas de saúde e a inserção da participação popular, faz-se necessário revermos a historicidade do processo de construção do sistema de saúde brasileiro.

É de responsabilidade do Estado implantar, implementar e manter as políticas públicas voltadas para grupos específicos conforme a necessidade da população. Portanto, uma das funções do Estado é atender a sociedade como um todo - não privilegiando os interesses os grupos detentores do poder econômico - estabelecendo como prioritários os programas de ação universalizantes, que possibilitem a incorporação de conquistas sociais pelos grupos e setores desfavorecidos (HOFLING, 2001).

Historiando a construção do Sistema de Saúde no Brasil, a partir da Proclamação da República, são destacadas algumas atribuições da responsabilidade do Estado. No âmbito Federal foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897 com a função de atuar onde não cabia a intervenção dos governos Estaduais. Na transição entre os séculos XIX e XX, época que representou o início da industrialização no Brasil, a saúde despontava como uma questão social, não se restringindo ao indivíduo, mas exigindo respostas do poder público e da sociedade (PAIM, 2009).

Nas primeiras duas décadas do século XX, o modelo institucional era unitário, centralizado, vertical e concentrado. As políticas públicas de saúde eram focadas em atividades emergenciais. Em consequência da concepção liberal do Estado durante a República Velha (1889-1930), houve uma omissão do poder público, cabia ao Estado intervir apenas nos casos em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder (PAIM, 2009)

Nos anos de 1930 e 1940 (segunda República), ocorreram mudanças significativas nas políticas sociais, dentre elas a criação da Previdência Social, mas a centralização do poder era muito ativa (CAMPOS, 2000_b). Nessa época, buscou-se desenvolver a educação em massa, dirigida ao funcionalismo público. A sociedade civil também se desenvolveu, mas foi perseguida pelo governo autoritário do presidente Getúlio Vargas. É importante ressaltarmos que nessa época teve início o desenvolvimento do Sistema Público de Saúde que apresentou como alicerce a Saúde Pública, a Medicina Previdenciária e a Medicina do Trabalho (PAIM, 2009).

No segundo período do governo de Vargas, em 1950, estabeleceu-se uma tensão entre o projeto nacional e o desenvolvimentista. Precisamente em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, com uma tendência à descentralização e à

hierarquização, com prioridade à atenção primária, iniciando nesse momento, a discussão pela efetiva descentralização nas políticas sociais (CAMPOS, 2000_b).

Apesar do desenvolvimento industrial no Brasil na década de 1960 houve uma grande crise na saúde com o aumento da mortalidade infantil, assim como também os casos de malária, doença de chagas, acidentes de trabalho dentre outros (PAIM, 2009), o que levou a uma reflexão sobre as condições sanitárias do país.

As décadas entre 1950 a 1970, oriundas de ditadura militar, foram caracterizadas por uma política de exclusão da sociedade civil de qualquer decisão nas políticas públicas. Até então, o direito à saúde não estava vinculada a cidadania e sim a uma carteira de trabalho ou a um plano de saúde. A medicina assistencialista desvinculada da situação sanitária era prioridade, tornando-se hegemônica. Porém, no final da década de 1970, visando superar a crise e democratizar a saúde no Brasil emergiu um movimento social, composto por diversos segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde que propôs a **Reforma Sanitária** (PAIM, 2009).

A Reforma Sanitária constituiu um movimento contra-hegemônico no qual temos o Estado como principal base de sustentação para o desenvolvimento da reorganização da assistência médico-sanitária. Além disso, tal movimento apresentava como eixo central o amadurecimento da consciência sanitária dos brasileiros. Assim, segundo Campos (2000_b), no início da década de 1980 a reinserção da sociedade civil nas políticas públicas da saúde foi retomada.

Vale salientar que o movimento da Reforma Sanitária nasceu a partir de uma necessidade social. Não foi um movimento imposto ou induzido por partidos ou pelo Estado. Esse fato torna o movimento forte com grande capacidade de capilarização.

É importante avaliarmos a forma pela qual os princípios do SUS emergiram na sociedade, pois, por se tratar de um processo de discussões, debates, conflitos e contradições representadas por diferentes sujeitos, apresenta legitimidade social.

Segundo Nunes (2006), a fase compreendida entre 1980-1986 foi denominada **político-ideológica**, na qual ocorreu disseminação das propostas de reforma, culminando na VIII *Conferência Nacional de Saúde* em 1986, quando se inicia o período de reforma da Saúde Pública. O período entre 1987-1990 é denominada **político-institucional**. Houve a consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial. Três ocorrências são importantes neste momento: a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Constituição Federal de 1988 e a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142) em 1990 (BRASIL, 1990; 2000). A fase de 1991-1998 é denominada *político-administrativa* caracterizada pelas definições específicas das atividades nas esferas governamentais. De 1999-2000 temos a fase de *complementação jurídico-legal*, com a regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do *mix* público e privado, organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.

Nesse contexto de reformas democráticas voltadas para redefinir as relações entre Estado e sociedade civil, o modelo de participação societária proposto para a saúde destinava-se a ser retraduzido para as demais políticas públicas. Para Ribeiro (1997), a plena regulamentação do Sistema Único de Saúde demorou pelo menos até 1990 com a aprovação das Leis 8.080 e 8.142. Entretanto, essa lei sofreu vetos presidenciais importantes em diversos artigos do Presidente Fernando Collor de Mello, especialmente no que se refere aos mecanismos de transferência de recursos financeiros.

Portanto, o movimento da Reforma Sanitária propôs uma hegemonia com um modelo de atenção à saúde alicerçada na universalização da assistência, no **exercício do controle social** e na normatização das alocações financeiras. Todavia, para tornar o processo hegemônico é necessário a participação social no sentido de controlar a dominação dos diferentes interesses que emergem na sociedade. Por isso o exercício do controle social se faz tão necessário na atual conjuntura.

Graças às lutas e às mobilizações que resultaram na implantação do SUS o processo de democratização das ações em saúde vêm se desenvolvendo, assim como suas políticas, diretrizes e intervenções. Porém o SUS não é, nem poderia ser um projeto pronto e acabado, ou está em processo dinâmico e constante de ajustes e melhorias. Neste sentido, comungamos com Sposati e Lobo (1992) quando afirmam que o SUS nestes seus 20 anos, constitui um avanço de grande magnitude no sistema de saúde brasileiro no decorrer do seu processo de construção, apesar das dificuldades e desafios para a continuidade da construção e fortalecimento das mudanças defendidas pela Reforma Sanitária.

Mesmo sabendo dos avanços e limites do SUS, destacamos aqui como um grande entrave a questão da municipalização de saúde e poder local, diante do envolvimento dos sujeitos atores e políticas (SILVA, 2001). Entendemos que a legislação por si só não fornece a sustentação devida diante dos determinantes políticos, ideológicos, sócio-econômicos e culturais. Concretamente, ainda não se observa, com grande frequência, o desenvolvimento de uma cultura para o bem estar coletivo, de valorização do bem público e sua apropriação coletivamente, mas sim uma satisfação de objetivos pessoais ou de determinado grupo hegemônico específico.

Por isso, há a necessidade da efetiva participação e mobilização social no SUS para que ele se torne cada vez mais um processo fortemente democrático a partir do controle social. Este se traduz num espaço de representação da sociedade - movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviço, entre outros - com suas necessidades e interesses que envolvem o indivíduo, a família e grupos da comunidade (ASSIS; VILLA, 2003).

Entretanto, esta participação deve ser institucionalizada e o controle social só acontecerá a partir das suas instâncias colegiadas e deliberativas tais como Conselhos e Conferências de Saúde. Com isso, é possível eliminar as formas autoritárias e tradicionais de gestão de políticas sociais, em prol da adoção de práticas que favoreçam uma maior transparência das informações e maior participação da sociedade no processo decisório (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

O controle social foi regulamentado através da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Porém, essa participação poderá acontecer com a formação de Conselhos de Saúde e a realização de Conferências de Saúde, instâncias de ação política que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (DALLARI et al. 1996). Outras instâncias são o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (SPOSATI; LOBO, 1992).

Salientamos que para que essa participação social seja instituída é preciso que haja mudanças culturais, compromissos pessoais e coletivos. O Estado deve cumprir as determinações constitucionais referentes ao SUS. Entretanto, para a

efetivação do exercício do controle social é dever do cidadão cooperar e assumir a conquista por melhores condições de saúde (LOPES; ALMEIDA, 2001).

Conforme o disposto na lei 8.142/90, os Conselhos de Saúde apresentam caráter permanente, deliberativo e sua representação é formada por usuários, prestadores de serviços públicos e privados e trabalhadores de saúde. O Conselho deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (federal, estadual, municipal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (SILVA, 2001).

A representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Isso garante aos usuários 50% dos representantes, ou seja, 50% do número total de conselheiros. Os outros 50%, segundo o Guia de Referência para Conselheiros Municipais (BRASIL, 2000), contemplam 25% para prestadores de serviços privados e públicos e 25% para os trabalhadores de saúde.

Os conselheiros devem ser indicados por movimentos sociais, entidades ou associações com a idéia de não defenderem seus interesses particulares, mas representar a sociedade. Outrossim, ressaltamos a partir da exigência legal de paridade e participação coletiva através da representatividade, que as escolhas devem ser essencialmente democráticas e a participação ativa dos representantes deverá ser consciente. Contudo, estudos têm demonstrado (SPOSATI; LOBO, 1992; STRALEN et al., 2006; PINTO; LOPES, 2007) que a baixa politização na conjuntura atual da sociedade brasileira conduz para tomada de decisões que, na sua quase totalidade, não defendem o bem comum e o interesse de todos que, por sua vez, demandam privilégios e poder de decisão para grupos específicos.

Com o processo de descentralização e municipalização, surgiu a necessidade de incorporação de novos sujeitos sociais ao sistema de decisões. Para isso, além dos conselheiros municipais de saúde fazem parte deste cenário os Conselheiros Locais de Saúde. A formação dos Conselhos Locais consolidou-se a partir das *VIII, IX e X Conferencias Nacionais de Saúde (CNS)*. A sua constituição se dá pela aprovação do seu regimento pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e sua formação segue a mesma representação já descrita para o CMS (LOPES; ALMEIDA, 2001).

Entretanto, o processo de formação dos CLS além de se processar de forma incipiente no sistema de saúde, ainda não apresenta legalização oficial, apesar de possuir a aprovação da população brasileira. Sua efetivação é importante, pois os CLS podem facilitar a conquista dos direitos de cidadania (LOPES; ALMEIDA, 2001), além de representar avanços significantes quanto a ampliação da autonomia do poder local (SILVA, 2001). Concordamos com Lopes e Almeida (2001), que os CLS representam uma entidade na qual são consideradas as diferenças regionais, respeitando-se o fato de que cada comunidade é única e deve ser analisada como uma categoria da realidade social, com sujeitos capazes de determinar e intervir muitas vezes em seus reais problemas.

Assim, como o próprio Sistema Único de Saúde, o exercício do controle social ainda encontra inúmeros entraves para a sua efetiva concretização, uma vez que sua construção é processual. Apesar da legalização e do fortalecimento da participação social serem avanços significantes, há ainda um caminho longo a ser percorrido. Acreditamos que uma das possibilidades para o fortalecimento do Controle Social não se refere “apenas aos recursos econômicos, mas também, de forma particular, aos recursos políticos, ou seja, aos recursos de poder” (SILVA,

2001, s/p). É preciso se investir na construção de uma consciência social crítica dos sujeitos a partir de um intenso processo de educação permanente, uma possibilidade estratégica a ser seguida.

Tendo em vista a importância do poder local para a inserção do sujeito social na tomada da decisão e fortalecimento do exercício do controle social, é necessário que compreendamos o processo de construção dos CLS, tendo em vista os caminhos metodológicos para esta implantação. Até porque, em Feira de Santana-BA, ainda não há uma normatização instituída, daí a relevância deste estudo, já que possibilitará decifrar as articulações necessárias para instituir o Conselho Local de Saúde.

2.2 A TRANSFORMAÇÃO DO INDIVÍDUO EM SUJEITO: a participação do 'novo' sujeito social.

A constituição do ser humano como um sujeito social é intrínseco a sua natureza. Ele nasce frágil e condenado a viver em sociedade. Dessa forma, o ser humano trilha um caminho em busca da sua autonomia (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Historicamente essa autonomia passa pela Idade Antiga, articulando-se com responsabilidade, pois entendia-se que não havia ação sem responsabilização. Todavia, na Idade Média o sujeito é influenciado pela religião e pela ausência de direitos. No Renascimento, a atenção volta a se concentrar sobre o humano, colocando-o no centro das atenções. Com o passar dos tempos, na Idade Moderna, o homem é valorizado no seu pensamento. Já na contemporaneidade o sujeito passa por um processo de isolamento, no qual os modelos sociais passam a se repetir (ONOCKO -CAMPOS; CAMPOS, 2006).

No decorrer dessa trajetória, como podemos notar, a sociedade é constituída por diferentes sujeitos, em diferentes tempo e espaço. Diante disto, Gramsci, 1992 questiona como cada indivíduo conseguirá incorporar-se no sujeito coletivo, transformando a necessidade e a coerção em “liberdade”. A partir deste questionamento, vemos a relação de poder/dominação entre os sujeitos.

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

Neste estudo, diferenciamos o conceito de indivíduo e o conceito de sujeito social. Segundo Matus (1993), para que o desejo e/ou aspiração do homem indivíduo se concretize na sociedade se faz necessário que este desejo se torne uma aspiração do coletivo. Apenas o homem coletivo pode encarnar a vontade humana e levá-la à práxis. Por conseguinte, este agente de mudança social será considerado sujeito social, tendo em vista a construção do objeto desta pesquisa, personificado no “conselheiro local de saúde”.

Entretanto precisamos ‘resgatar’ e/ou consolidar esse sujeito em prol do exercício do controle social, a partir da construção de uma autonomia baseada na consciência crítica sobre o processo de gestão. Como vimos anteriormente, a fragmentação, característica da modernidade, pode ser superada pela responsabilização dos sujeitos, sejam eles usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde, atendendo a um interesse comum, ou seja, construir uma

consciência coletiva, participativa e atuante para o direcionamento do SUS integral, universal, resolutivo e humanizado.

Tal participação é por nós resgatada desde a década de 1960, tendo assumido junto aos sujeitos sociais um significado “ideológico”. A mera alusão a esse termo, segundo Dalari e outros (1996), fazia transparecer a idéia de controle, cooptação por parte do poder do Estado. Na década de 1970, os movimentos sociais expressavam tanto a idéia de oposição institucional, como de extensão de direitos. Já na década de 1980, a participação social é interpretada como inovador, expressando novas identidades sociais e políticas que se oporiam as interpretações tradicionais da sociedade em busca de autonomia.

Por conseguinte, a conjuntura atual exige um sujeito social com responsabilização, atuante, com capacidade técnica para disseminar o interesse coletivo. Porém, é preciso se criar/fortalecer uma cultura de cidadania em nossa sociedade o que implica na (re) introdução da participação popular, por meio do sujeito social, nas bases das políticas de saúde.

Para Foucault (1985, p. 7) os problemas que emergem da sociedade

(...) podiam ser resolvido no interior de uma trama histórica, em vez de remetê-los a um sujeito constituinte. É preciso livrar-se do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica.

Nesta perspectiva, ao afirmar que ‘é preciso livrar-se do sujeito constituinte’ Foucault aponta a necessidade de se constituir um sujeito ativo, participante, instituinte e não um sujeito instituído, engessado a normas ou alheio ao processo de construção social.

Concordamos com Lacaz (2001), quando ele refere que o controle social se constitui em uma ferramenta de conquistas do sujeito individual, perdendo-se o sujeito social e suas construções significativas na sociedade, perpassando por

interesses do sistema privado que passam a ser representados nas instâncias de representação social. Todavia, a consciência normativa, que já existe na sociedade sobre o controle social, representa um avanço significativo para sua efetividade. Dessa forma, nota-se uma contra-hegemonia processual que poderá gerar dificuldade em determinar um espaço concreto e atuante para a expressão e representação do sujeito social.

Os sujeitos sociais atuantes no espaço público, ao tematizarem questões de interesse geral, têm maior oportunidade para realizar negociações, formular proposição de políticas públicas e exercer o controle social dos atos e decisões do poder político. Nos países em processo de democratização, os debates e negociações entre atores vinculados a estrutura do Estado, conselhos, com representação da sociedade civil, apresentam caráter decisório em alguns deles, como é o caso do Brasil, noutros, caráter consultivo. Tal diferenciação condiciona a forma de conceber o papel da participação cidadã, no que diz respeito a seu caráter decisório ou de influência e, ainda, ao de superação da contradição entre representação² e participação³. (TEIXEIRA, 2001).

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

² **Representação** – Ação ou efeito de representar.

³ **Participação**- ‘ fazer parte’, ‘tomar parte’, ‘ser parte’ de um ato ou processo, de uma atividade pública, de ações coletivas.

2.3 PARTICIPAÇÃO / CONTROLE SOCIAL/ PRÁTICAS DE PODER: quais as representações dos sujeitos?

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

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

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

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

(...) A historicidade que nos domina e nos determina é belicosa e não linguística. Relações de Poder, não relação de sentido. A história não tem 'sentido', o que não quer dizer que seja absurda ou incoerente. Ao contrário, é inteligível e deve poder ser analisada em seus menores detalhes, mas segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias, das táticas. Nem a dialética (como lógica da contradição), nem a semiótica (como estrutura da comunicação) poderiam dar conta do eu é a inteligibilidade intrínseca dos confrontos.

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

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

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

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

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

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

Conselhos de Saúde, mas também os movimentos sociais, organizações sociais, dentre outras formas que caracterizam um governo democrático, seja essa participação política e/ou cidadã.

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

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

Contudo, segundo Matus (1993), para que os interesses individuais se concretizem em prol de um bem comum ele precisa ser um interesse coletivo. Os conflitos que podem permear esta relação regem a dinâmica social a partir da qual emergem interesses, vontades e necessidades responsáveis pela motivação do sujeito social⁴. Em analogia à construção teórica, temos a participação dos conselheiros locais na construção das políticas de saúde local. As reuniões possibilitam o surgimento das representações pessoais que quando socializadas e trabalhadas, transformam-se em representações coletivas.

⁴ O **sujeito social** é formado a partir do indivíduo pela ação do trabalho abstrato (TESTA 1997).

Vale ressaltarmos que se somam a esta descrição teórica, interesses maiores que norteiam a construção do sistema de saúde, como exemplo o interesse do capital e as relações de poder que podem influenciar na formação do sujeito e conseqüentemente, nas suas ações. Sendo assim, é possível questionarmos qual é o limite para a expansão e políticas sociais no interior da sociedade capitalista? (COUTINHO, 1988). A resposta para este questionamento acreditamos que perpassa pelos entraves no processo de construção de um efetivo exercício do controle social.

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

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

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“A práxis do homem não é a atividade prática contraposta a teoria: é a determinação da existência humana como elaboração da realidade”

Kosic, 1996

3.1 TIPO DE ESTUDO

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

Por conseguinte, a subjetividade é de extrema importância para o entendimento do significado dos fenômenos a serem estudados, uma vez que, segundo Minayo (1996), a abordagem qualitativa abarca as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos sujeitos sociais que lhes atribuem significados.

Portanto, nesta pesquisa tivemos a pretensão de uma abordagem crítica, por permear o objeto de conhecimento a partir da compreensão das suas mediações e explicações numa perspectiva dialética para melhor conhecer o fenômeno social (MINAYO,1996). Por conseguinte, a lógica dialética nos permitiu reconhecer a especificidade histórica e a construção social dos fenômenos existentes, com possibilidades de uma ação consciente para a transformação e satisfação das nossas necessidades (RICHARDSON, 2007).

3.2 CAMPO DE ESTUDO ⁵

O estudo foi realizado no município de Feira de Santana-BA, a segunda maior cidade populacional do Estado da Bahia com 571.997 habitantes, e uma área de 1.339 km², localizando-se na zona de planície entre o recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano, distando 108 km da capital Salvador. A coleta foi conduzida especificamente nas unidades de Saúde da Família (USF) em processo de implantação dos CLS, a partir das comissões de saúde, tanto na zona urbana quanto na zona rural.

As origens do município remontam ao século XVII, período inicial do povoamento de sua região através, principalmente, da criação de gado e instalação de currais. Esse povoamento foi surgindo com a doação de terras pelos reis portugueses a alguns súditos chamadas Jacuípe, Água Fria e Itaporocas. Em Feira, a Família Peixoto Viegas foi detentora das terras às quais tiveram início o Município.

A vocação para sediar núcleos de criação e “engorda” de gado resultou, entre os séculos XVII e XVIII, numa crescente afluência de pessoas que periodicamente vinham para essas terras, favorecendo a implantação de um pequeno arraial e, com o passar do tempo, de uma feira semanal.

Como herança dos tempos de arraial, a feira semanal propiciou o surgimento do comércio feirense. Além de favorecer a economia local, configurou-se como uma das características marcantes da sociedade. Contudo a influência comercial ampliou-se devido a rota que ligava o sertão ao litoral, dando ao município de Feira

⁵ Dados extraídos Núcleo de Informações e Pesquisas Econômicas e Sociais de Feira de Santana - NIPES. Capturado em 27 de junho de 2008. Disponível em: http://www.nipes.feiradesantana.ba.gov.br/f_dados.htm

de Santana uma importância crescente no cenário regional que se perpetua até a atualidade.

Devido a sua importante localização geo-econômica, Feira de Santana lidera uma macroregião abrangendo 96 municípios. Ela é cortada por quatro rodovias federais e três estaduais, o que favorece uma grande circulação de população, mercadoria e dinheiro. Apresenta assim, um cenário favorável a discussão do tema em questão.

Para seleção das USF estudadas, utilizamos como critério as unidades que se encontravam em um processo de discussão “mais avançado” sobre o CLS, assim como maior mobilização da comunidade para a formação dos CLS. Essa informações foram obtidas a partir da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana associadas a informações de alguns informantes-chave⁶.

Desta forma, seguindo o critério acima citado, tivemos como campo de estudo as seguintes áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família: Matinha, Campo do Gado, Pé de Serra, Queimadinha, Santo Antônio e Cidade Nova.

Entre essas seis áreas selecionadas, duas delas localizam-se na zona rural (Matinha, Pé de Serra) e quatro na zona urbana (Queimadinha, Campo do Gado, Santo Antônio e Cidade Nova). A população da área rural é de aproximadamente 12.181 habitantes; a zona urbana congrega cerca de 25.061 habitantes, constituindo maioria no estudo. Nas seis localidades pesquisadas há 10.460 famílias cadastradas no PSF no município de Feira de Santana-BA.

A seguir, o quadro I mostra, sucintamente, a caracterização sanitária das localidades pesquisadas.

⁶ **Informante Chave:**aquele sujeito que tem o conhecimento sobre o assunto a ser pesquisado, por ter participado do processo de organização para a implantação dos CLS, independente da sua ocupação atual (NASCIMENTO, 1997).

Quadro 1 Caracterização Sanitária das Localidades Pesquisadas. Feira de Santana-BA, dez., 2009.

Indicadores	Matinha	Pé de Serra	Centro Social Urbano I	Queimadinha	Campo do Gado	Santo Antonio dos Prazeres
População	5526	6655	5686	7987	4948	6450
Pop. Masculina	2675	3237	2515	3640	2487	3148
Pop. Feminina	2851	3418	3171	4347	2461	3310
Nº de famílias Cadastradas (PSF)	1191	1670	1463	2195	1263	1678
Escolaridade						
7 a 14 anos na escola	58,36%	65,56%	83,83%	90,73%	75,96%	77,14%
Maiores de 15 anos alfabetizados	83,93%	81,15%	99,04%	94,70%	85,85%	88,09%
Abastecimento de água						
Rede Pública	18,22%	58,57%	91,66%	97,95%	60,01%	90,94%
Poço ou Nascente	77,50%	38,02%	8,34%	1,50%	35,95%	5,07%
Outros	4,28%	3,41%		0,55%	4,04%	3,99%
Destino do lixo						
Coleta Pública	17,88%	9,64%	100,00%	99,50%	82,58%	89,27%
Queimado/Enterrado	42,32%	69,70%		0,18%	10,21%	4,11%
Céu Aberto	39,80%	20,66%		0,32%	7,21%	6,62%
Destino das Fezes\Urina						
Sistema de Esgoto	1,18%	0,90%	23,10%	92,35%	4,20%	10,43%
Fossa	61,50%	67,49%	76,69%	4,69%	80,20%	62,28%
Céu Aberto	37,32%	31,61%	0,21%	2,96%	15,60%	27,29%
Tratamento de água no domicílio						
Filtração	35,77%	41,92%	74,30%	69,84%	59,86%	51,67%
Fervuras	1,85%	0,72%	0,76%	1,09%	2,61%	2,62%
Cloração	20,24%	23,41%	15,17%	13,12%	10,37%	24,31%
Sem Tratamento	42,15%	33,95%	9,77%	15,95%	27,16%	21,40%
Tipo de casa						
Tijolo/Adobe	91,86%	88,56%	99,79%	99,73%	97,86%	99,17%
Taipa Revestida	1,68%	3,11%	0,14%	0,09%	1,50%	0,11%
Taipa não Revestida	0,42%	0,24%			0,16%	
Madeira		0,48%			0,08%	0,06%
Material Aproveitado	0,08%	0,72%			0,40%	0,18%
Outros	5,96%	6,89%	0,07%	0,18%		0,48%
Energia Elétrica	86,57%	82,87%	93,16%	98,91%	91,52%	95,47%

Fonte: SIAB, Feira de Santana-BA, 2010.

Podemos observar no quadro I que há semelhanças das condições sanitárias entre as localidades da zona rural, Matinha e Pé de Serra. Nessas localidades há um menor grau de escolaridade quando comparado com a zona urbana, assim como

há ainda 30,56% sem cobertura de energia elétrica. Vale salientar que na zona rural temos as maiores taxas de destino de fezes ao céu aberto.

A localidade da Queimadinha apresenta melhores indicadores de saúde talvez por está localizada no centro da cidade e, portanto, a população tenha um maior acesso às escolas e aos benefícios da rede sanitária do município.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Por ser um estudo qualitativo não delimitamos, a priori, sobre o número de sujeitos a pesquisar, uma vez que, embasada em Minayo (1996), não estávamos preocupadas com a generalização e sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social pesquisado, da sua organização, da instituição e de uma política de representação sobre o controle social em saúde. Sendo assim ao valorizarmos a subjetividade na pesquisa a quantificação foi substituída pelos significados, aspirações, crenças, dentre outros fenômenos não quantificáveis. Sendo assim, o número dos sujeitos da pesquisa foi definido pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que trouxeram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto (ASSIS, JORGE, 2006).

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

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

Grupo I Informantes-chave: é aquele sujeito que tem o conhecimento sobre o assunto a ser pesquisado, como também por ter participado do processo de implantação dos CLS, independente da sua ocupação atual (NASCIMENTO, 1997). Esses sujeitos foram importantes na fase exploratória do estudo, uma vez que possibilitaram o conhecimento do contexto histórico da construção do trabalho de conformação dos Conselhos Locais de Saúde, mobilização, organização, estruturação, educação permanente e outros. São representados pelas lideranças locais, e pelos ex e atuais gestores, dentre outros, num total de seis sujeitos.

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

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

Os sujeitos são caracterizados nos quadros 1 e 2; o grupo I numerados de 1 a 6 e o grupo II numerados de 7 a 17. A enumeração foi aleatória, mas na medida do possível, corresponde a seqüência da coleta de dado realizada. Ressaltamos ainda que a identificação dos sujeitos inseridos no texto das análises são representadas da seguinte forma: entrevistado 1, grupo I, entende-se (E.1, grupo I) e assim sucessivamente.

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

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

Conforme o quadro 1, dos seis informantes-chave, metade é do sexo feminino; cinco deles têm nível escolaridade superior, sendo quatro enfermeiros e um sociólogo. A faixa etária varia de 39 a 46 anos, numa média de 42 anos de idade. Todos estes sujeitos têm uma experiência de mais de dois anos em atividades voltadas para o controle social em saúde.

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

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

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

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

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

A **entrevista semi-estruturada** é aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador; baseia-se em uma maior aproximação entre o pesquisador e o sujeito. Também permite enumerar de forma mais abrangente as questões que o pesquisador quer abordar no campo (MINAYO, 1996).

Durante a realização das entrevistas, foi possível uma maior aproximação com os sujeitos pesquisados, em consequência da ampliação do olhar sobre o objeto pesquisado. No decorrer da coleta dos dados observamos as diferenças de visão de mundo, compreensão e o modo de pensar e agir dos sujeitos em prol da saúde frente aos questionamentos, destacando-se 'em todas as falas' a concretude do conhecimento dos problemas de saúde vivenciados em cada área pesquisada.

Apesar da utilização de um roteiro, durante a entrevista (Apêndice A), no sentido de nortear e/ou facilitar o processo de coleta de dados, tivemos contudo, uma liberdade para desenvolver os temas abordados, inclusive com um maior aprofundamento em cada entrevista.

As entrevistas foram agendadas por telefone pela pesquisadora e realizadas na maioria dos casos no local de trabalho do (a) entrevistado (a). Apenas em três casos foram realizadas entrevistas na residência do (a) entrevistado (a) pela conveniência do mesmo. Em média elas tiveram duração de quinze minutos, sendo que a mais curta durou cinco minutos, no grupo II e a mais longa 55 minutos, no grupo I. As entrevistas foram gravadas com um gravador digital, após autorização dos (as) entrevistados(as), sendo feitas posteriormente as transcrições para análise dos dados.

A partir desse roteiro, os entrevistados recorreram sobre a compreensão e entendimento sobre o Controle Social no CLS, o processo de mobilização,

organização e estruturação dos CLS, o significado de ser conselheiro e os entraves, conquistas e possibilidades.

A **observação sistemática** é uma técnica de coleta de dados que permite a elaboração de um conhecimento científico daquele aspecto do real que se deseja conhecer (PÁDUA, 2005), ou seja, permite um prévio conhecimento dos aspectos a serem estudados, facilitando a entrada no campo de pesquisa. Com esta técnica o pesquisador elabora um roteiro específico para organização e registro das informações (APÊNDICE B). Isto implica em estabelecer, antecipadamente, as categorias necessárias à análise da situação.

Neste sentido a utilização desta técnica, com a prévia ida ao campo, nos permitiu determinar categorias necessárias à análise da situação proposta com o objetivo de complementar os dados obtidos com a entrevista semi-estruturada, fazendo o confronto da prática *versus* teoria.

As observações foram realizadas durante as reuniões de formação/estruturação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e Conselho Municipal de Saúde.

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde são realizadas no auditório da Secretaria Municipal de Saúde. Já as do CLS foram sempre realizadas nos espaços físicos de cada uma das unidades de saúde selecionadas neste estudo.

Durante as reuniões observamos o processo de organização do trabalho para a implantação dos CLS, a forma de condução da reunião, as discussões dos problemas das unidades e localidades, as propostas elaboradas para a solução dos problemas, a condução dos encaminhamentos; a participação dos sujeitos especialmente, na condução das intervenções, a facilidade de explanação, o

domínio sobre os temas elencados, assim como as discussões sobre os entraves, conquistas e possibilidades.

As observações foram registradas em um diário de campo, fora do local observado. Fomos vigilantes quanto a preocupação de não transparecer no contexto que a pesquisadora estava atuando como fiscal do ambiente e das ações ali trabalhadas pelos sujeitos.

Utilizamos também uma fonte secundária de dados Documentos contemporâneos e/ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos com fins de obter informações, indicações e esclarecimento, trazendo seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir da prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (PÁDUA, 2005; CARDOSO, 2000). Além de permitir acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social (POUPART et al., 2008), utilizamo-los com a finalidade de complementar as informações coletadas nas entrevistas e nas observações dos campos de investigação. Entre os documentos pesquisados destacamos as atas das reuniões, as leis que regulamentam os Conselhos (CMS e CLS de Feira de Santana-BA), decretos e regulamentos que originaram o Conselho Municipal de Saúde, entre outros, listados a seguir no quadro 4.

Quadro 4 Caracterização dos documentos pesquisados, Feira de Santana-BA, fev./jul, 2009.

Nº do Documento	Nome do Documento	Fonte
Doc. 1	Ofício do CMS para a gestão Municipal informando sobre a formação da Comissão de CLS, com a atribuição de acompanhar o andamento do referido projeto, em 20/12/06.	Conselho Municipal de Saúde
Doc. 2	Projeto de Lei nº 012/2007	Secretaria Municipal de Saúde
Doc. 3	Ata 181º Reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde
Doc. 4	Ata 182º Reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde
Doc. 5	Minuta de Norma Complementar Disciplinando os Conselhos Locais de Saúde no Município de Feira de Satana.	Secretaria Municipal de Saúde
Doc. 6	Ofício de reivindicações da comunidade do distrito de Matinha ao Prefeito Municipal	Comissão de Saúde da Matinha.
Doc. 7	Cartilha educativa sobre Conselhos Locais de Saúde	Conselho Municipal de Saúde

Os documentos são identificados nos textos de análise por número quando mencionados, ou seja, documento 1, leia-se doc-1, conforme a ordem de apresentação do quadro 4.

No sentido de sistematizar a nossa trajetória na pesquisa de campo, descrevemos a seguir os caminhos percorridos, por nós no decorrer da coleta de dados.

O TRAJETO PERCORRIDO PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS

Segundo Schramm (2004), houve um tempo em que muitos pesquisadores acreditavam que sua firme determinação de fazer o bem, sua integridade de caráter e seu rigor científico eram suficientes para assegurar a eticidade de suas pesquisas. Todavia, nos dias de hoje tal concepção já não é mais objeto de consenso. As questões éticas são normatizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça,

visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

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

Vale ressaltarmos que os sujeitos da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) escrito com linguagem acessível, no qual contém informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos, dentre outras informações, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Segundo a Resolução 196/96, considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. No entanto, a justificativa da pesquisa foi respaldada pela elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos.

Os riscos potenciais do estudo puderam ser minimizados e/ou contornados pela pesquisadora, uma vez que eles estavam associados desde a empatia ou não da relação pesquisadora – entrevistado (a) ou vice-versa, até outros aspectos como constrangimento, inibição ou sentimento de medo ao responder aos questionamentos. Assim, como forma de minimizar tais riscos, procuramos ter uma relação de confiança com os sujeitos do estudo, garantimos o anonimato durante as entrevistas, o sigilo das conversas com os sujeitos da pesquisa, evitando-se constrangimentos, medo, apreensão e desconfianças, a partir o estabelecimento de uma relação interpessoal de confiança e acolhimento entre entrevistador (a)/entrevistado(a), além de ter estabelecido um diálogo claro com o entrevistado.

Aos sujeitos, colocamos inclusive a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem sofrer nenhuma punição.

Quanto aos benefícios, eles permeiam uma maior compreensão crítica da realidade do exercício do Controle Social, tendo em vista, a possibilidade de surgimento de caminhos para a participação popular na gestão da saúde, dentre eles, a oportunidade de identificar limites da participação e mobilização social no município de Feira de Santana – BA. Objetiva-se propor soluções para que os entraves sejam minimizados; a identificação da realidade dos CLS no referido município, destacando-se composição, tempo de funcionamento, localização, ações realizadas e planejadas, o que contribuiu para uma maior compreensão do contexto dos CLS com as políticas de saúde, tendo em vista a perspectiva do exercício do controle social.

Nesta perspectiva, ao refletirmos sobre a contribuição dos resultados deste estudo, independente de ‘novos’ conhecimentos científicos, observamos que ele também poderá produzir debates sobre o tema a partir de discussões no CMS, reuniões nas Unidades de Saúde, palestras, congressos e elaboração e divulgação de artigos científicos.

Particularmente, durante o processo de construção deste trabalho, participamos de eventos técnicos científicos, com uma produção científica por nós elaborada e apresentada que poderá facilitar ou agilizar o processo de institucionalização dos CLS no município de Feira de Santana-BA.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS, iniciamos a coleta de dados, que durou de fevereiro a julho de 2009, totalizando-se seis meses.

Ao entrarmos no campo de investigação a entrevista foi iniciada com um determinado informante-chave, militante de trabalhos sociais com comunidade, a

partir das atividades de mobilização / organização de grupos para discussão e formação dos CLS, pela necessidade de maior apropriação pela pesquisadora ao tema estudado, o que facilitou na desenvoltura nas entrevistas subseqüentes.

Em seguida, a coleta teve continuidade, intercalando-se entrevistas e observações, o que permitiu concomitantemente, o cruzamento de informações.

Para a obtenção dos documentos para análise, dirigimo-nos à Secretaria Municipal de Saúde, munida de um documento de apresentação, expedido pela UEFS, solicitando inclusive o acesso a documentos tais como: atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, assim como ao regulamento dos CLS. Os demais documentos foram obtidos com informantes-chave e também nas unidades de saúde envolvidas na pesquisa.

De um modo geral, os sujeitos do estudo se mostraram colaboradores com a pesquisa, apesar de algumas dificuldades encontradas na obtenção de documentos, assim como o acesso a um determinado sujeito participante deste estudo devido a agenda com inúmeras atividades. Porém a entrevista foi realizada após três tentativas de agendamento.

Durante a realização das entrevistas observamos que, em alguns casos, a presença do gravador deixava o entrevistado inibido, mas após alguns minutos de conversa, notamos que a grande maioria começou a distrair, fluindo mais facilmente a conversa entre o sujeito pesquisado e a pesquisadora.

Quanto a observação, a mesma foi realizada conforme o cronograma de reunião do Comitê de Saúde de cada localidade. Houve situações nas quais a reunião foi agendada, mas algumas vezes não houve quórum. A representatividade dos sujeitos nas reuniões não era paritária. Isso foi observado em todas as reuniões.

Numa dada comunidade constatamos maior organização da “comissão de saúde”⁷, até porque essa comissão se reunia com certa regularidade, e já discutia o levantamento de problemas, inclusive com designações de comissões para dar resolatividade aos encaminhamentos.

Numa segunda comunidade, tivemos a oportunidade de participar de uma reunião, cujo objetivo foi formar a comissão de saúde. O processo de formação da comissão foi democrático e participativo, tendo no final dez membros, representados por cinco usuários com dois suplentes e cinco trabalhadores de saúde, também com dois suplentes. Por se tratar de uma comissão inicial foi permitido tal representação sobre a quantidade de suplentes.

Da mesma forma, em uma terceira comunidade observada, a reunião teve também o objetivo de formar a comissão de saúde. Mas diante da pouca representatividade quantitativa, não foi possível a sua formação. Porém, o grupo ali representado mudou o enfoque da reunião para criar estratégias de mobilização e sensibilização da comunidade, tendo em vista a formação da comissão de saúde local.

No que se refere a análise de documentos tivemos dificuldade diante da inexistência de documentos específicos sobre os CLS em Feira de Santana-BA, uma vez que este ainda não foi institucionalizado e encontra-se num processo de construção incipiente. Portanto, não há atas de reuniões ou documentos que traduzam/descrevam o processo de trabalho. Entretanto, ressaltamos alguns documentos do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Feira de Santana: ata da criação dos CLS em Feira de Santana-BA, a Lei Municipal que regulamenta os CLS

⁷ **Comissão de Saúde:** Denominação utilizada para designar o grupo formado por usuários do sistema e profissionais de saúde que antecede a formação do CLS.

e o Regimento do CLS aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA, conforme quadro 4.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

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

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

Segundo Gadamer (1983;2007), Hermenêutica é a teoria ou a arte de interpretação. Epistemologicamente advém da expressão usual alemã no século XVIII : *Kunstlehre* (teoria da arte) que é uma tradução da palavra grega *techne*. Para o autor, a Hermenêutica consiste na 'autocompreensão'. Tradicionalmente essa autocompreensão se traduzia sobre seu caráter de uma disciplina técnica, mas, atualmente, há um encontro entre Filosofia e Ciências Sociais, entre a teoria e prática.

A Hermenêutica busca a compreensão de sentido na intersubjetividade das relações cotidianas, num processo inter-relacional entre a arte de convencimento e a arte da compreensão, para que haja modificação social. Dessa forma, a compreensão só se efetiva por estranhamento, orientada por um consenso possível entre o agente que emite a idéia e a ação, e aquele que procura compreender (ASSIS; JORGE, 2006).

Com a Hermenêutica é possível potencializar, na linguagem e no diálogo, a compreensão-interpretação para exprimir e expandir os saberes e sua interrelação, seu entrelaçamento, a sua inconformidade para a constituição de um horizonte crítico. Enfim, a Hermenêutica assume uma dimensão afirmativa do estatuto da compreensão-interpretação e sua inter-relação com o indivíduo-sujeito dos saberes (ARAÚJO, 2007).

Na Dialética se observa a contradição interna no interior do fenômeno; a unidade dos contrários, o que possibilita um processo de revelação de novos aspectos sobre um dado fenômeno, tendo em vista uma abordagem crítica (MINAYO, 2002).

Por conseguinte, para Minayo e Deslandes (2002) a associação da abordagem Hermenêutica e Dialética deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação. Por isso, neste estudo buscamos entender o porquê do sujeito da fala acredita em determinada situação social, valoriza determinadas normas e atribui determinadas ações ou responsabilidades a certos atores sociais, ou seja, busca associar o conhecimento obtido à práxis social.

Destacamos assim os elementos extremamente didáticos para o entendimento das categorias que constituem a Hermenêutica Dialética.

A Hermenêutica se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes e significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas de pensamento. A Dialética é desenvolvida por meio de termos que articulam as idéias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO; DESLANDES, 2002, p. 80).

Tendo como base teórica a arte da compreensão Hermenêutica - e arte do estranhamento Dialética -, buscaremos realizar nossa análise associando a nossa construção teórica com os dados empíricos obtidos. Dessa forma iremos confrontar

as nossas categorias analíticas (obtidas previamente, funcionando como ‘balizas’ da investigação) com as categorias empíricas que emergiram no estudo buscando as relações dialéticas entre ambas.

Ao buscarmos compreender um fenômeno social formado por uma diversidade de sujeitos sociais⁸ pesquisados necessitamos de uma análise que permita interpretar o subjetivo. Para isso foi preciso condensar o que é convergente, contrapor com o que é divergente, permitir que o diferente emane no texto somando as informações complementares. No sentido de operacionalizar tal método, seguimos os passos propostos por Minayo (1996) e Assis e Jorge (2006):

1) ORDENAÇÃO DOS DADOS: após os primeiros contatos com o material empírico coletado, fizemos as transcrições das fitas, seguido da leitura geral do material transcrito e organização dos dados em diferentes conjuntos.

Esta etapa da análise de dados se caracterizou pelo nosso primeiro contato com o material empírico coletado. Para tal, realizamos transcrição *ipsi literis* das entrevistas e após digitalização foi realizada uma leitura preliminar de todo material. A mesma forma de ordenamento foi conduzida também com as observações sistemáticas.

Assim os dados obtidos foram agrupados da seguinte forma:

Quadro 5: Entrevistas dos Informantes-chave do processo de construção dos CLS.

Quadro 6: “Entrevistas da Comissão de Saúde”

Quadro 7: Observações das reuniões para construção dos CLS.

⁸ Considera-se sujeito social o “ser real” que exerce ações, não se limitando a ser objeto delimitado por contornos lógicos, tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal (AYRES, 2001).

Através desta organização inicial foi possível já delinear uma idéia sobre os possíveis núcleos de sentido⁹.

2) CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS: essa etapa permitiu-nos a construção de dados empíricos, levando em consideração os referenciais científicos que sustentam a pesquisa e os pressupostos teóricos. Para uma melhor organização, dividimo-la em três momentos:

1º Momento: Leitura exaustiva dos textos com o objetivo de identificar os núcleos de sentido extraídos do material empírico coletado. Posteriormente foi feito um confronto entre o material encontrado com os pressupostos teóricos adotados na pesquisa, e identificamos os seguintes núcleos de sentido:

- Compreensão/entendimento sobre o exercício do Controle Social no CLS
- Processo de mobilização do CLS
- Processo de organização do CLS
- Processo de estruturação do CLS
- Significado de ser conselheiro.
- Processo de trabalho do CLS
- Entraves
- Conquistas
- Possibilidades

2º Momento: Leitura Transversal de cada corpo de comunicações estruturados a partir dos núcleos de sentido identificados nos dois grupos de sujeitos do estudo e na observação sistemática. A partir da leitura transversal o material obtido foi organizado em “gavetas” com trechos de cada entrevista e observação,

⁹ Agregados de informações colhidas no material empírico que traduzem sentidos semelhantes, originando as “gavetas” de análise.

correspondentes com os núcleos de sentido identificados. Dessa forma, foram construídos três quadros de análise. O primeiro, envolvendo as entrevistas realizadas com os informantes-chave; o segundo, com entrevistas das 'Comissões de saúde locais' e o terceiro, representado pelas observações sistemáticas.

Quadro 5 Consolidado das entrevistas do Grupo I: Informantes chave. Feira de Santana-BA. Fev/Jul-2009.

Núcleos de sentido	Ent. 1	Ent. 2	Ent. n(...)	Ent. 17	Síntese Horizontal
Compreensão/ Entendimento Controle Social					
Processo de Mobilização dos CLS					
Processo de Organização dos CLS					
Processo de Estruturação dos CLS					
Significado de ser Conselheiro					
Processo de Trabalho do CLS					
Entraves					
Conquistas					
Possibilidades					
Síntese Vertical					

Quadro 6 Consolidado das entrevistas do Grupo II: "Comissão de Saúde". Feira de Santana-BA. Fev/Jul-2009.

Núcleos de sentido	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Síntese Horizontal
Compreensão/ Entendimento Controle Social					
Processo de Mobilização dos CLS					
Processo de Organização dos CLS					
Processo de Estruturação dos CLS					
Significado de ser Conselheiro					
Processo de Trabalho do CLS					
Entraves					
Conquistas					
Possibilidades					
Síntese Vertical					

Quadro 7 Consolidado das observações sistemáticas. Feira de Santana-BA. Fev/Jul-2009.

Núcleos de sentido	Ent. 1	Ent. 2	Ent. n(...)	Ent. 17	Síntese Horizontal
Compreensão/ Entendimento Controle Social					
Processo de Mobilização dos CLS					
Processo de Organização dos CLS					
Processo de Estruturação dos CLS					
Significado de ser Conselheiro					
Processo de Trabalho do CLS					
Entraves					
Conquistas					
Possibilidades					
Síntese Vertical					

A partir destes quadros de análise foi realizada uma **síntese horizontal** das falas de todos os entrevistados, considerando-se cada núcleo de sentido, o que possibilitou uma idéia geral da visão de cada entrevistado, idéias essas convergentes, divergentes, diferentes e complementares. Já a **síntese vertical**, oportunizou uma visão de cada entrevistado sobre o tema abordado, considerando-se os núcleos de sentido, numa abordagem de sua totalidade, respeitando-se a singularidade de cada entrevistado (a).

Em seguida os dados foram confrontados e analisados criticamente tomando como parâmetros os objetivos do nosso estudo e o referencial teórico. Nesse momento fizemos uma filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, as questões orientadoras e aos pressupostos teóricos, surgindo as seguintes categorias:

CATEGORIA 1: COMPREENSÃO DO CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

CATEGORIA 2 : CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA: ainda um processo em construção.

Sub-Categoria 2.1: DA COMISSÃO DE SAÚDE AO CONSELHO LOCAL: mobilização, organização e estruturação

Sub-Categoria 2.2 : PROCESSO DE TRABALHO DAS COMISSÕES DE SAÚDE: entraves, conquistas e possibilidades, na construção do CLS.

3) ANÁLISE FINAL DOS DADOS: consiste na interpretação do pesquisador frente ao empírico coletado e os referenciais teóricos utilizados, com o propósito de superar a dicotomia objetividade *versus* subjetividade, exterioridade *versus* interioridade, análise e síntese, revelando que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador.

Para fins didáticos, procedemos conforme sugerido por Minayo (1996) e realizamos a divisão da análise de dados pela ordenação, classificação dos dados e análise final. Todavia ressaltamos que os momentos da análise se complementam e se articulam de modo a formar um conjunto de informações em equilíbrio dinâmico.

Como recurso metodológico para a análise dos dados obtidos, utilizamos a triangulação de dados que ocorre por meio do diálogo de diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores, visando um cuidadoso labor analítico compreensivo (GOMES et al., 2005).

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

O método de análise envolvendo a triangulação de dados permite o confronto de informações entre sujeitos, métodos e técnicas de coleta. Em nosso estudo a

triangulação foi realizada a medida que cruzamos as informações obtidas entre as entrevistas, observações e análise documental, associado a presença de diferentes sujeitos na pesquisa (informantes-chave e representantes dos CLS em formação).

4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA DEFESA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA –BA: UMA CONSTRUÇÃO DIALÉTICA?

Nossos conhecimentos são apenas aproximação da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independentemente de nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível.

Lukács, 1967

A Constituição de 1988 assegurou a participação popular na co-gestão da saúde, explicitada com a lei 8.142/90, instituindo os Conselhos Municipais de Saúde e Conferências Municipais de Saúde (BRASIL, 1990). Todavia, para a 'capilarização' da participação popular e para uma efetivação do controle social se faz necessário a construção de uma consciência cidadã *in locu*, com a instituição dos Conselhos Locais de Saúde.

Para isso é preciso a construção de uma nova cultura de compromisso coletivo nos espaços de gestão colegiada, visando a produção de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção em defesa dos interesses da sociedade (ASSIS, 2003).

A trajetória a ser percorrida para se alcançar a efetivação do exercício do controle social é permeada por muitos entraves tais como o processo burocrático, recursos insuficientes, baixa resolutividade da rede de serviços, baixa instrumentalização da sociedade. Entretanto, nesse caminho existem conquistas, como a legalização dessa participação, e inúmeras possibilidades.

Tendo em vista esse cenário, neste momento do nosso estudo iremos discutir como vem se organizando o processo de implantação dos CLS no município de Feira de Santana-BA. Para isso a análise de dados dar-se-á a partir das categorias e sub-categorias discutidas a seguir.

4.1 COMPREENSÃO DO CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: o papel do sujeito social.

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

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

Para Alvarez (2004 , p. 170),

(...) a situação atual das pesquisas desenvolvidas sob o rótulo da expressão controle social deve-se ultrapassar uma visão por demais instrumentalista e funcionalista do controle social como uma misteriosa racionalidade voltada para a manutenção da ordem social e buscar, em contrapartida, formas mais multidimensionais de pensar o problema, capazes de dar conta dos complexos mecanismos que não propriamente controlam, mas sobretudo produzem comportamentos considerados adequados ou inadequados em relação a determinadas normas e instituições sociais.

Assim procuraremos buscar, nas práticas sociais, além das práticas institucionalizadas, a noção de controle social dos sujeitos do nosso estudo. Entretanto, devemos nos atentar para as diferentes significações desta compreensão para os diferentes sujeitos do nosso estudo.

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

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

O Conselho Local de Saúde representa para a sociedade a institucionalização do exercício do controle social, criando-se possibilidades de ação coletiva para o

reconhecimento, efetivação e construção de direitos. Entretanto este não é automático, observando-se ainda que pode levar ao imobilismo pelo envolvimento em regras burocráticas, e à inserção na lógica do poder, com o uso de artifícios para protelar decisões e favorecer os particularismos (TEIXEIRA, 2001).

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

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

Quanto à compreensão do Controle Social nos CLS, os depoimentos dos informantes-chave são **convergentes**, uma vez que retratam a importância da participação popular como uma condição *sine qua non* para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

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

O Conselheiro de Saúde, por meio da sua representação junto aos conselhos de saúde, possui uma participação democrática representativa no poder de decisão.

Segundo Escorel (2008), nesta representação apresenta embutidos os mesmos problemas que os sistemas de partidos políticos, ou seja, se faz necessário saber 'quem' participa e 'quem' está sendo representado. Sendo assim, é importante se identificar os sujeitos deste processo e quais são os reais interesses representados.

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

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

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

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

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

[...] A minha compreensão é que é uma coisa muito grande. Que a participação da comunidade é fundamental para que as decisões sejam direcionadas para o benefício da comunidade e que só o povo se mobilizando e tendo consciência da importância desse conselho agente

pode trazer mudanças significativas para o nosso município para a saúde das pessoas (Grupo II/ Ent. 10).

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

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

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

Comungamos com Escorel (2008) quando afirma

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

Salientamos que o sujeito, conselheiro, não deve ser visto como o responsável único pela resolução dos problemas elencados pela comunidade. Esta linha de pensamento 'engessa' o conselheiro a mero solucionador de problemas, sendo que pensamos que a sua função é mais ampla, na qual deverá priorizar a sua

participação na criação, implantação e implementação de políticas de saúde. Dessa forma, o controle social irá se legitimar para além das legislações, aproximando-se do que consideraria a práxis 'ideal'.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ainda não há um envolvimento efetivo dos Conselheiros no processo de educação permanente no município. Entretanto, para que se torne possível a utilização das instancias colegiadas como um uma forma de educação permanente visando o empoderamento dos sujeitos, os conselhos necessitam de estrutura física,

equipamentos, apoio técnico e administrativo, orçamento próprio e autônomo (WELTMAN, 2008).

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

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

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

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

Por certo, a representação do sujeito social é deveras importante para nortear as esferas do conceito de poder. No âmbito econômico, o poder vale da posse de determinados bens a induzir os que não possuem e dele necessitam, a adotar o comportamento que os que os detém desejam. O poder ideológico utiliza a influência

de idéias que expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certos processos influenciam a conduta dos que dela são alvos. A esfera política é o que pode recorrer à força para fazer prevalecer a sua vontade (SILVA, 2001).

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

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

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

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

Como podemos perceber nos depoimentos, o ‘empoderamento’ técnico e político para o exercício do controle social, se faz necessário, assim como uma maior aproximação dos anseios da comunidade que devem ser nas suas manifestações, sejam elas políticas ou cidadãos, os interesses reais da comunidade.

Para isso é importante se estabelecer uma íntima relação com a educação popular, para que as informações possam se ‘capilarizar’ de forma acessível a todos, gerando uma instrumentalização e, como consequência, um ‘empoderamento’ concreto da sociedade civil. Sendo assim, comungamos com Bógus (2007) quando

afirma que o processo de educação em saúde deve adotar estratégias próprias da educação popular, apresentando como pontos fundamentais o diálogo entre os sujeitos, a educação vista como humanização e a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação dos sujeitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesta perspectiva, a participação social pode e deve estar atrelada ao bem estar do conselheiro, entretanto é preciso ser entendida como um processo contínuo

de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia (ASSIS, 2003), não necessariamente associado uma extensão burocrática e executiva, mas devem buscar alternativas para a representação do interesse vivo da comunidade.

4.2 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA: AINDA UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO.

A segunda categoria, **CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA-BA: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO** objetiva avaliar o movimento de construção dos Conselhos Locais de Saúde no município de Feira de Santana-BA, dividida em duas sub-categorias. Na primeira, **DA COMISSÃO DE SAÚDE AO CONSELHO LOCAL: mobilização, organização e estruturação**, descrevemos por meio da visão dos sujeitos da pesquisa todo o processo de construção dos CLS. A segunda sub-categoria, **PROCESSO DE TRABALHO DAS COMISSÕES DE SAÚDE: entraves, conquistas e possibilidades**, emergiu a partir da ênfase que foi dada pelos sujeitos das pesquisas quanto aos entraves, conquistas e possibilidades coletados nos dados empíricos.

4.2.1: DA COMISSÃO DE SAÚDE AO CONSELHO LOCAL: mobilização, organização e estruturação

Após um ano de homologação da lei 8.080/90, em 1991 foi formado o Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana. Desde a sua formação, o CMS enfrenta dificuldades no que se refere ao envolvimento dos usuários de forma efetiva, pois a gestão manteve uma linha conservadora, distante da participação efetiva da população nas questões de saúde. Para tanto, apenas a participação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) não dava conta do Controle Social no município. Era preciso uma organização das pessoas no seu local de moradia, na área de abrangência da unidade de saúde e também no seu local de trabalho para envolver os trabalhadores da saúde (Ent. 1,2,3,5/Grupo I).

Assim, teve início o processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana teve início no ano de 1998 a atrelado ao *Movimento Água e Vida*. O projeto Água e Vida teve início no ano de 1997 com a organização de intelectuais, políticos, religiosos e começaram a apontar problemas de Saúde Pública na cidade de Feira de Santana-BA (Ent. 1,2,3,5/Grupo I).

O problema de maior dimensão apontado por esse grupo foi a privatização da Embasa (Empresa Baiana de Água e Saneamento), o que motivou a sua articulação, conseguindo obter êxito na luta contra privatização com o recuo do governo municipal e Estadual. Essa conquista caracterizou um forte exercício do controle social, ainda que por uma forma não institucionalizada. A partir desta conquista o grupo começou a se interessar pelas questões do meio ambiente, saneamento, políticas de saúde, dentre outros temas com repercussão social (Ent. 1,2,3,5/Grupo I).

Faziam parte deste grupo alguns membros do Conselho Municipal de Saúde, que continuamente incentivam a participação nas Conferências Municipais de Saúde e a promoção de atividades ligadas a melhoria das condições da saúde e do meio ambiente. Conforme adquiriram força, o grupo se formalizou em uma Organização não Governamental (ONG) no ano de 2003 e continuou a desenvolver suas atividades em prol de melhorias sociais.

Até o ano de 2005, o grupo se caracterizava pela independência política, motivo de muito orgulho para o grupo. Todavia, as influências político-partidárias começaram a disseminar-se organização e, em 2007, vários membro da ONG *Água e Vida* estavam inseridos no governo municipal e Estadual, enfraquecendo com isso a neutralidade do grupo, apesar de permanecer atuante nos dias atuais.

Resgatando historicamente o movimento de construção dos Conselhos Locais de Saúde o movimento *Água e vida* impulsionou a elaboração do projeto dos CLS em Feira de Santana no ano de 1998, pois coordenador do movimento era vereador nesta época e levou a Câmara Municipal o projeto de lei. A lei foi aprovada em 1999, mas em 2000, quando a nova gestão assumiu ela foi revogada e esse fato não gerou nenhuma ressonância na sociedade. Assim o movimento avaliou que era necessário criar um alicerce para fomentar o exercício do controle social nas localidades.

Dessa forma, a partir do ano de 2000, o movimento em prol da construção dos Conselhos Locais de Saúde em Feira de Santana iniciou um processo de mobilização e conscientização da sociedade, visando a participação coletiva para a sua formação. Entretanto, havia apenas quatro pessoas envolvidas neste processo e enfrentaram inúmeros obstáculos na tentativa de formar os CLS em Feira de Santana.

Na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde em 20/12/2006, foi delegada uma comissão para o CLS com a atribuição de acompanhar o referido projeto de formação desses Conselhos (Feira de Santana, 2006, Doc. 1). Na realidade, no momento em que o município começa a “querer” uma participação social, observamos aí um processo contra-hegemônico na construção de uma gestão participativa já que o estímulo a formação dos CLS se inicia efetivamente dezesseis anos após a sua institucionalização com a lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Contrariamente a essas informações temos alguns depoimentos (informantes-chave) que convergem sobre o início do processo de mobilização, oito anos anterior a data documentada, ainda que de forma embrionária.

[...] Nós tivemos uma experiência que levantou essa questão dos CLS em 1998, principalmente com o movimento *Água e Vida*... só que o movimento ainda era embrionário... (Grupo I/ Ent.2).

[...] Nós temos um trabalho com os CLS desde 1998, fazemos parte de uma ONG que é o Movimento Água e Vida e desde 1998 fazemos a capacitação para os CLS em FSA (Grupo I/ Ent.3).

Notamos, nestes depoimentos, que o processo de mobilização iniciou em 1998, porém não ocorreu por mecanismos institucionalizados e sim, por meio do movimento de uma ONG *Água e Vida* o que pode se caracterizar como uma participação cidadã. A participação cidadã, segundo Teixeira (2001), é aquela que, não utiliza de instrumentos do governo para a sua promoção.

Entretanto, como foi possível constatar durante as observações realizadas tanto nas reuniões do CMS como nas reuniões das comissões de saúde, que apesar do movimento social ter se iniciado em 1998, não apresentou força suficiente para sua efetivação, o que contradiz os depoimentos citados. Uma vez que até o momento, 12 anos depois, não há CLS institucionalizado no município de Feira de Santana-BA.

Todavia, apesar da não efetividade da não institucionalização dos CLS, há um o Projeto de Lei nº 012/2007 (Feira de Santana, 2007-Doc. 2), que determina as atribuições do CMS no seu Art. 2º. Dentre as atribuições é destacada a implementação, mobilização e articulação contínuas da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS para o controle social na saúde e o apoio e promoção da educação permanente par o controle social.

Paradoxalmente a essas atribuições fixadas por lei para o CMS, durante o período de coleta de dados dessa pesquisa não foi observado um interesse coletivo dos membros do CMS para a promoção do exercício efetivo do Controle Social. Dos membros que foram delegados responsáveis para o acompanhamento da formação dos CLS em 2007, apenas **um** realiza atividades de educação permanente voltadas

à comunidade e inclusive desenvolve um trabalho de estímulo a comunidade para a formação dos Conselhos Locais de Saúde.

É notório que o Conselho de Saúde possui a função primordial de apresentar ao sistema político as demandas da sociedade por um melhor governo (WELTMAN, 2008), no entanto, é importante enfatizarmos a necessidade do empoderamento do sujeito, ou seja, a capacidade da sociedade civil aprender a atuar de maneira mais eficiente em benefício próprio. Todavia, além de empoderados os sujeitos necessitam estar motivados para promoverem transformação do desejo individual em coletivo.

Salientamos também que durante as observações realizadas nas reuniões do CMS, apenas três membros participavam ativamente. Os demais membros exerciam uma representação cartorial, mostrando assim que Feira de Santana não se distancia da realidade da maioria dos CMS do país. Como vemos há um descompasso entre o avanço e as conquistas obtidas no plano legal e a prática cotidiana nos serviços de saúde, já que a nossa prática ainda se aproxima da 'razão cartorial' para a existência das instâncias de controle social (VÁZQUES et al., 2003).

Na Ata 181º Reunião Ordinária do CMS, do dia 17/12/2008, (Feira de Santana, Doc. 3) constatamos que o CMS aprovou o regimento para o funcionamento dos CLS em Feira de Santana –BA. Após dez anos de militância de poucos, num universo de muitos, a sociedade pode avançar no exercício do controle social focando o 'poder local'.

O depoimento do ent. 5/ grupo I comunga com esse achado documental,

[...] Eu diria que ela está numa fase bastante inicial. Porque surgiu de uma necessidade que os Conselheiros viram que é a necessidade de implantar esses CLS nas unidades, em algumas localidades e então praticamente esta idéia surgiu por parte de um grupo, isso detectado de acordo com as necessidades de uma população específica (Grupo I/ Ent.5).

Essa fala retrata a situação inicial que se encontra o processo de implantação dos CLS em Feira de Santana-BA. Talvez o fato da tentativa de implantação não emergir diretamente da comunidade e sim por um processo de indução de determinados conselheiros influencie no atraso do processo, uma vez que a comunidade ainda não se encontra mobilizada para defender os interesses coletivos até porque falta conhecimento. A apresentação de um projeto de participação social já pronto à comunidade não gera motivação, nem desejo de se construir uma realidade diferente, uma vez que tal projeto 'não pertence' efetivamente à comunidade e sim a sujeitos externos. O depoimento do ent. 2 / grupo II retrata esse fato:

[...] a vontade de iniciar aqui foi do professor.... Na verdade não tínhamos instrução de como começar, o conhecimento de como a coisa acontecia era vago.

Ainda corroborando com a idéia, vimos que muitas vezes as reuniões não foram realizadas por falta de quórum, reforçado por um depoimento a seguir

[...] apesar dos PSF já terem sido implantados já há 7 anos nós ainda estamos muito atrasados no que diz respeito a participação comunitária, a formação de CLS...ela ta ainda uma fase muito inicial ... nós tivemos algumas reuniões que são reuniões abertas a comunidade e **no entanto você não via membros da comunidade** presentes nas reuniões (Grupo I/ Ent.6).

O depoimento de um dos membros das comissões de saúde também é convergente com este entendimento,

[...] **aqui o nível de participação é muito baixo**, as poucas pessoas que existem,... estamos tentando a medida que o tempo passa conquistar e conscientizar as pessoas dessa importância, a importância de se constituir o Conselho de Saúde (Grupo II/ Ent.2).

Neste sentido diante de tais falas ainda há um longo caminho a ser percorrido para a efetivação do controle social nos CLS, até porque a construção de uma consciência coletiva para a cidadania é lenta. Sendo assim, necessitaremos de mais tempo para o efetivo exercício do controle social nos Conselhos Locais de Saúde.

Ainda ressaltamos que a representatividade dos sujeitos está estreitamente relacionada com a participação (SERAPIONE; ROMANI, 2006), essa idéia reforça a necessidade de se fomentar a participação, buscando motivar os sujeitos por meio do seu empoderamento.

Em Feira de Santana, apenas em dezembro de 2008 o regimento dos CLS (Feira de Santana, 2009 – Doc.9) , foi aprovado pelo CMS. Dessa forma, até então, não havia um norteamento para se ‘disciplinar’ a formação dos Conselhos Locais de Saúde, o que é reforçado pela fala a seguir.

[...] As comissões elas ficaram a vontade para escolherem o nº de membros respeitando a paridade da lei 8142 então em algumas unidades elas tem 8 membros, outras 10... porque você ainda não tinha um regimento para disciplinar (Grupo I/ Ent. 2).

Conotações **diferentes** deste processo são notadas na fala do ent. 1/ grupo I e ent. 1 / grupo II, que abordam a importância do envolvimento das lideranças comunitárias.

[...] Encontrar pessoas estratégicas do bairro, não só representantes de associações, mas também outros líderes da comunidade que possam representar e ajudar na construção da estruturação do CLS (Grupo I/ Ent. 1).

[...] A princípio deveremos identificar pessoas que estejam realmente imbuídas em fazer, que apresentem vínculo com a comunidade, colocar isso para a comunidade nas reuniões (Grupo II/ Ent.1).

A presença de lideranças comunitárias é muito importante para se deslanchar a formação do CLS. Os líderes comunitários mobilizam a comunidade, além de possuírem respeito e confiança associado a sua imagem. Estes sentimentos são muito importantes para se conseguir o apoio da comunidade em prol de um ideal maior que é a formação do Conselho Local de Saúde.

Todavia é preciso envolver o trabalhador de saúde sujeito fundamental para a construção e viabilização das mudanças nas práticas de saúde através do seu

envolvimento nos aspectos administrativos, técnicos, políticos e sociais nas políticas públicas, tornando-se condição fundamental para a construção e viabilização de reais mudanças institucionalizadas e legitimadas socialmente (ARANTES et al., 2007).

O depoimento do ent. 1/grupo I comunga com essa concepção

[...] Os CLS precisam estar estruturados é importante que a equipe, esteja capacitada para fomentar o Controle Social porque eles são estratégicos nessa formação, estão próximo da comunidade, atuam naquela unidade de saúde (Grupo I/ Ent.1).

Nas reuniões com a comunidade e as equipes de saúde da família, constatamos que, de maneira geral, há pouco envolvimento dos profissionais da unidade no processo de formação dos CLS, destacando-se apenas a maior participação dos Agentes Comunitários de Saúde. Frente a esta realidade comungamos com Bógus (2007) ao referir que a perspectiva do incremento do controle social nos serviços de saúde exige uma maior aproximação e envolvimento de profissionais de saúde com os movimentos e grupos populares. Contudo, essa realidade ainda não vem sendo visível, reforçada inclusive no depoimento a seguir.

[...] um problema que temos observado nelas é a falta de uma participação efetiva dos profissionais de nível superior, não sei se é por uma questão ligada ao vínculo desse profissional ou se é por uma questão ligada a consciência política, talvez eles olhem mais para o umbigo, eu creio que é por falta de compromisso político mesmo... os ACS possuem um vínculo uma participação política na comunidade e nisso eles ganham em anos luz do ponto de vista do compromisso para os profissionais do nível superior[...] (Ent. 2, grupo I).

Lamentavelmente, esta fala ao destacar a falta de uma participação efetiva dos profissionais de nível superior, inferindo a questão da falta de vínculo ou consciência política. Talvez, tal atitude, seja consequência do trabalho precarizado que sustenta o sistema de saúde de Feira de Santana, já que fomentar o exercício do controle social pode representar 'insubordinação' e 'revelia', custando o emprego do profissional.

Comungando com essa reflexão temos o depoimento a seguir:

[...] eu percebo que as pessoas querem participar, mas estão receosas porque tem medo de se comprometer (ent. 6, grupo II).

Ainda hoje, após vinte anos de SUS, há uma interpretação equivocada da atuação dos Conselhos de Saúde. As instâncias de controle de social representam para os trabalhadores de saúde e para a gestão apenas um órgão fiscalizador, entretanto o seu objetivo é trabalhar em parceria em prol do bem estar social.

Conforme Moreira (2008), há uma visão das instâncias do controle social como controladores dos recursos públicos, apresentando-se assim como mecanismo de governança. Todavia esta postura deixa em segundo plano a participação do conselho na formulação da política pública. Dessa forma constatamos um descompasso entre o 'verdadeiro' papel das instâncias de controle social e a sua prática.

Quanto a estratégia utilizada para a mobilização da comunidade, através dos depoimentos e observações, pudemos verificar diferentes experiências. Algumas localidades estudadas optaram por convidar as associações, igrejas, escolas como podemos observar nesta fala.

[...] A comissão é formada por um membro da igreja, um membro da unidade de saúde, um da associação de moradores, outro da escola e outro da igreja evangélica também (Grupo II/ Ent.4).

Outras localidades discutiram com a equipe com muita propriedade as estratégias para melhor esclarecer a população sobre a importância do CLS e sobre a forma de melhor sensibilizá-la. Em um dos momentos de observação vimos uma contribuição muito interessante na construção dessa estratégia. Um representante da comunidade levantou a necessidade de se fomentar em cada micro-área de atuação do ACS um processo de educação voltado ao exercício do Controle Social,

visando, após a mínima conscientização da comunidade, emergir dela a necessidade se institucionalizar o Conselho Local de Saúde.

Essa experiência converge com o depoimento de um membro da comissão de saúde.

[...] nós estamos mobilizando a comunidade através do corpo a corpo, através do convite... (Grupo II/ Ent.5).

Dessa forma podemos constatar que a disseminação e instituição do poder local perpassa por uma relação mais próxima da comunidade. A necessidade do 'corpo a corpo' é real e fundamentada na relação de confiança e credibilidade que pode ser estabelecida.

4.2.2: PROCESSO DE TRABALHO DAS COMISSÕES DE SAÚDE: entraves, conquistas e possibilidades, na construção do CLS.

Nessa seção discutiremos o processo de trabalho, ainda que incipiente, das comissões de saúde nas localidades estudadas. Para tal, trazemos atrelado a esse tema os entraves, conquistas e possibilidades que se associam à formação dos CLS em Feira de Santana-BA.

Observamos, na prática cotidiana do controle social, as dificuldades/entraves, apesar das possibilidades. Todavia, temos clareza que, trata-se de um processo complexo no qual se encontram diversos interesses e disputa de poder, envolvendo inclusive gestores (executivos, legislativos) e gestores de saúde, com interesses pessoais que muitas vezes vão ao desencontro da defesa das políticas públicas de saúde. Segundo Moreira (2008), há também outros aspectos que podem interferir tais como a prestação de contas e as políticas diferenciadas na, redefinição do monopólio das políticas de saúde.

Por outro lado, tendo em vista a noção mais ampliada do exercício do controle social, comungamos com Alvarez (2004, p. 42) quando ele coloca que

(...) devemos ter uma visão por demais instrumentalista e funcionalista do controle social como uma misteriosa racionalidade voltada para a manutenção da ordem social e buscar, em contrapartida, formas multidimensionais de pensar o problema, capazes de dar conta dos complexos mecanismos que não propriamente controlam, mas, sobretudo produzem comportamentos considerados adequados ou inadequados com relação a determinadas normas e instituições sociais.

Dessa forma, durante o acompanhamento do processo de trabalho das comissões de saúde estudadas verificamos que normalmente os membros das comissões são os trabalhadores das equipes de saúde da família das USF estudadas representados pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e cirurgiões-dentista; não constatamos em nenhuma comissão a participação do médico; dentre os representantes externos integram a comissão lideranças das comunidades, dentre elas lideranças “políticas”, usuários das unidades de saúde da família e outros.

Como ainda não há uma institucionalização das comissões ou mesmo dos Conselhos Locais de Saúde, a paridade não é respeitada na totalidade das conformações das comissões. Para se tentar buscar essa representatividade tanto dos trabalhadores de saúde como dos usuários do serviço a comissão informalmente divide os seus membros entre trabalhadores de saúde da USF e membros da comunidade.

Durante as observações das reuniões das comissões da formação dos CLS, percebemos que cada comissão procura pensar o problema da localidade e criar mecanismos para a sua resolução, considerando as prioridades locais e o seu entendimento de saúde como podemos verificar no depoimento a seguir.

[...] Tem a questão do atendimento, funcionamento do posto, dos funcionários, a questão das necessidades dos exames complementares, se

preocupar mais com a saúde do homem, a questão do transporte, da violência na comunidade, o lixo. Todos os problemas que estão aparecendo estamos tentando fazer alguma coisa (Grupo II/Ent. 2).

Como vemos, para a efetivação da prática do controle social na gestão do SUS se faz necessário uma articulação do local com o global, já que as políticas globais atingem sobretudo os grupos sociais que começam a resistir e buscar alternativas (TEIXEIRA, 2001). Dentre essas alternativas temos o fortalecimento da mobilização local, levantando suas demandas para que seus reflexos possam gerar ações globais.

Assim, cada localidade busca nas reuniões da comissão de saúde identificar os problemas, priorizá-los e dar resolutividade aos mesmos. Há localidades que apresentam uma maior organização do seu processo de trabalho, com formação de comissões para dar encaminhamento aos problemas priorizados, confecção de documentos, organização de Feira de Saúde assim como mutirões, realização de palestras educativas como podemos constatar nos depoimentos a seguir.

[...] A comissão levantou que havia muitos “desdentados” e crianças com cárie daí nos organizamos, fizemos ofício, marcamos com a Secretária de Saúde, a secretária nos ouviu, fomos até o prefeito da época e o prefeito foi sensível e mandou despachar o ofício e com quatro meses a cadeira do dentista chegou, fez todas adaptações e começou a funcionar. Agora estamos querendo que aumente, temos dois profissionais e ainda é pouco. Se houver organização dá para colocar mais e que atenda pela manhã e pela tarde (Grupo II/ent. 4).

[...] Como comissões que já foram se reunir com prefeito, secretário, conseguiram um consultório odontológico, questões de transporte, ou seja, questões da esfera específica da saúde e questões também políticas públicas outras. Essas comissões têm participação de escolas, associações de moradores. Possuem iniciativas de palestras sobre violência... Essas comissões também tem ajudado aos trabalhadores da unidade a percepção da necessidade de atuação enquanto equipe, inclusive para conseguir algumas reivindicações deles, para eles perceberem que o corporativismo de algumas categorias fica a desejar se não envolver os segmentos dos usuários. Podemos dizer hoje mesmo que de maneira embrionário em meio a dificuldades, elas tem representados saldo importante (Grupo I/ ent. 2).

Como pudemos verificar tanto membros da comissão de saúde como informantes-chave convergem quanto ao processo de trabalho das comissões relatando conquistas significantes como a aquisição de um consultório odontológico para as USF, mudanças no processo de trabalho da equipe, reuniões com prefeito e secretário de saúde. Dessa forma, ainda que de modo incipiente reconhecemos avanços significativos do Controle Social em Feira de Santana.

As conquistas vivenciadas no processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde em Feira de Santana-BA, não são conquistas isoladas. Assis (2003) comenta sobre várias experiências locais, atestando que o SUS pode funcionar, pois dezenas de cidades brasileiras nas quais os sistemas de saúde avançaram muito no modelo assistencial de saúde e no modelo de gestão descentralizado e participativo. Contudo há necessidade da divulgação dessas informações, tendo em vista a construção de novos projetos, não como um modelo pronto e acabado, mas com criatividade para responder às necessidades locais e institucionais.

Reforçamos, com o depoimento a seguir, que a implantação dos Conselhos Locais de Saúde constitui um processo lento e gradual que ainda está em construção

[...] A gente está buscando no dia a dia construir esse processo (Grupo I/ Ent.5).

As reuniões das comissões de saúde acontecem uma vez ao mês ou conforme a necessidade da população, inerente as comunidades pesquisadas. Normalmente essas reuniões ocorrem na sala de reuniões das unidades de saúde ou em espaços comunitários como nas associações comunitárias e igrejas. Para viabilizar a participação da equipe de saúde, ainda no seu horário de trabalho as reuniões acontecem durante o dia, porém, segundo alguns membros da comunidade, as

reuniões não deveriam ser realizadas no mesmo horário de trabalho da ESF, como aponta o depoimento a seguir, mas num horário compatível para todos os integrantes da comissão de saúde.

[...] Estamos mobilizando porque para mobilizar é meio difícil, é um trabalho árduo, é como se fosse um trabalho artesanal... e em horário totalmente adverso, o pessoal alega muito o período de manhã ... fica alegando que é o horário de fazer almoço, arrumar as coisa e bem verdade... (Grupo II/ Ent. 5).

Tais dificuldades nos fazem acreditar que inúmeros obstáculos podem dificultar o cumprimento das atividades das Comissões de Saúde, transformando-as, em muitos casos, em meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores o que é reforçado por Moraes (2007), ao reiterar a verticalidade do poder na área de saúde em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação. O processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde em Feira de Santana não se distancia desta realidade, as dificuldades de motivação comunitária são muitas, todavia há membros comprometidos que procuram estimular a participação social.

Vale salientarmos que algumas comissões já realizam ações interdisciplinares em parceria com a Secretaria de Educação como palestras nas escolas contra a violência, sobre gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras. Além disso, há também ações de promoção de saúde em parceria com toda a equipe do Programa de Saúde da Família como café da manhã para idosos com ações educativas e preventivas sobre pressão arterial e diabetes.

Os membros da comissão de saúde conseguem observar avanços no processo quando relatam que

[...] a participação das pessoas ainda é pequena, mas os seguimentos já estão acordando para isso porque quando agente demora de marcar reunião com a comissão eles reclamam afirmando que a comissão está parada, precisamos fazer alguma coisa. (Grupo II/ent. 4).

[...] através da comissão de saúde agente conseguiu mobilizar a comunidade e a comunidade juntos conseguimos mudar a realidade da unidade (Grupo II/ Ent.4).

[...] Eu acredito que deverá haver mudanças e queremos isso. E vamos acreditar em mudanças a partir de mudanças locais. A partir daí mudanças estruturais vão acontecendo. Do micro vai para o macro ...(Grupo II/ Ent.11).

Convergindo com estas idéias, podemos constatar alguns avanços quanto ao discurso democrático e participativo, no qual cada sujeito apresenta direito a voz. Quanto ao poder decisório, como ainda não se havia uma normatização oficial para a formação dos Conselhos Locais de Saúde, todos os participantes das reuniões, membros da comissão de saúde também apresentavam direito a voto.

Outrossim, destacamos o não cumprimento da paridade das representações das comissões de saúde, inclusive podemos presenciar que nas reuniões das referidas comissões havia sempre um maior número de participantes de trabalhadores de saúde, apesar de se discutir sobre a importância da paridade. Houve reuniões inclusive sem representação de membros da comunidade, uma contradição entre o discurso e a prática.

Tais contradições são reforçadas por Oliveira (2007), ao destacar que inúmeros obstáculos têm dificultado o cumprimento das atividades dos conselhos, transformando-os, em muitos casos, em meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores e reiterando a verticalidade do poder na área de saúde em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação. O depoimento a seguir complementa essa idéia.

[...] Com relação aos entraves temos o entrave no que se diz respeito a mobilização popular mesmo. E tem o entrave institucional inclusive algumas correntes acham que os Conselhos de Saúde não deveriam ser institucionalizados exatamente para que eles não fossem cooptados pelo gestor para que eles não viciassem os participantes com aquela coisa de estatos e também para que eles não intimidassem as entidades. Há tem um entrave institucional que é a falta de interesse do gestor em ver funcionar o Controle Social. Tb. Há um entrave com relação aos

trabalhadores de saúde, e com relação ao trabalhador do nível superior é maior ainda... (Grupo I/ Ent.2).

Segundo Oliveira (2007), muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas “toleram os conselhos” porque estão previstos institucionalmente. Na prática, são refratários a esta forma de gestão e, em conseqüência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

Para a real efetivação do exercício do Controle Social é preciso que essa visão seja desconstruída em prol da construção de Conselhos ativos e verdadeiramente deliberativos. Assim o ‘empoderamento’ da comunidade local é uma ferramenta indispensável nesse processo de transformação.

Contudo, neste estudo foi visível que o processo de trabalho das comissões de saúde para a construção dos Conselhos Locais de saúde, em quase todas elas, era incipiente e frágil, até mesmo na condução das reuniões. Das seis localidades apenas uma apresentava um documento da Comissão de Saúde um ofício à gestão municipal (FEIRA DE SANTANA, 2009, Doc. 7), o qual abordava a concepção ampliada de saúde e reivindicações em diversos aspectos como segurança, saúde, transporte, coleta de lixo, lazer, capacitação de pessoal e infra-estrutura, o que demonstrou a existência de um processo de trabalho já estruturado.

Contrária as impressões fornecidas no documento, os entrevistados 1 e 2 / grupo I destacam o entrave político como dificultador à efetivação do Controle Social.

[...] há um retrocesso muito grande por causa de interferências políticas, por conta de gestões anteriores que não priorizavam e não tinham o conceito de uma gestão democrática e se não há conceito de uma gestão democrática, obviamente que tudo é feito para vetar e impedir o crescimento do controle social (Grupo I/ Ent.1).

[...] sempre houve na gestão gestores, prefeitos ou secretários, que sempre foram da linha mais conservadoras, o distanciavam a participação efetiva

da população na questão de saúde... o gestor é conservador de direita isso é bem mais presente porque eles coíbem essa participação através da repressão, da cooptação (Grupo I/ Ent.2).

As observações realizadas também convergem com os depoimentos apresentados já que constatamos um receio generalizado dos trabalhadores de saúde em participarem do movimento para formação dos CLS. Lamentavelmente, trata-se de uma realidade no Brasil, mais especificamente nos Estados Nordestinos, diante de uma forte herança do coronelismo e precariedade do vínculo de trabalho.

Assim, percebemos uma grande contradição entre o instituído e a atuação dos sujeitos do controle social representados pelos trabalhadores de saúde, já que ao mesmo tempo em que o governo apresenta à população ferramentas legitimadas para a legalização dessa prática, o mesmo usa ferramentas de inibição e coerção frente aos seus trabalhadores.

O depoimento deste informante chave converge com tal realidade, atrelando-a ao contexto histórico.

[...] uma coisa importante é a dificuldade de envolver os segmentos na luta dos trabalhadores porque historicamente os usuários e os trabalhadores foram alijados desse processo, dentro do modelo hegemônico, tecnicista que historicamente quem esteve a frente foi o setor empresarial... e esse envolvimento é dificultado por conta de todo um modelo histórico cuja a saúde sempre foi tida com aquela história da queixa conduta sem o envolvimento na gestão, planejamento, nas decisões da saúde e sim aquele modelo sempre centrado na assistência na cura alijando alguns setores da participação efetiva nas questões da saúde(grupo I/ Ent. 2).

De acordo com Silva (2008), o Estado se revela como um ator capaz de gerar outros atores a partir de suas políticas, como ocorreu com a legalização do exercício do controle social a partir das leis 8.142/90 e 8.080/90 (BRASIL, 1990; 2000). Isto implica em trazer para a cena política sujeitos sociais até então invisíveis. Entretanto, para tornar esses sujeitos ativos e co-responsáveis pela gestão das políticas públicas é preciso relacionar a reconstrução de um novo

modelo de gestão em saúde, apesar do caminho a ser seguido vir repleto de incertezas, dúvidas e dificuldades.

Quanto a presença de entraves políticos no processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde temos a convergência das falas de informantes chave e membros da comissão de saúde.

[...] A dificuldade é infelizmente ainda o gestor público, eu não entendo como os nossos gestores estão mal intencionados, porque todos nós trabalhadores queremos contribuir com ele. Acho que ele acredita que queremos roubar a cena dele (Grupo I/ Ent.3).

[...] A dificuldade que nós temos hoje é sermos aceitos pelos gestores públicos, eles não olham a gente com bons olhos acham que somos agitadores, que nós somos desarticuladores da ordem... (Grupo II/ Ent.3).

Tais depoimentos convergem com o processo de construção dos CLS relatado a partir das falas dos informantes-chave e ratificado nos documentos analisados, pois desde 1998 quando se iniciou o processo de mobilização para a formação dos CLS até os dias atuais não observamos quaisquer movimento da gestão para fomentar o exercício do controle social.

O movimento da gestão em prol do exercício do controle social perpassa por disputas de interesses, 'o poder' e 'o saber' (que inclui conhecimento e informações) são faces de uma mesma moeda. Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que amplia a capacidade argumentativa em espaços conquistados de participação (MORAES, 2007).

Dessa forma, acreditamos que há um entrave por parte da gestão para a fomentação do exercício do controle social, pois caso haja uma participação efetiva da comunidade na co-gestão da saúde o 'poder' deverá ser fracionado. Ainda há um receio por parte dos gestores em perder a sua governabilidade, o exercício do

controle social ainda é visto como uma ameaça ao governo e não como uma ferramenta de apoio, tornando-se assim um entrave.

Entretanto, o depoimento a seguir divergiu da análise anterior, ao abordar o apoio da gestão e questionar a participação efetiva dos conselheiros de saúde na mobilização social.

[...] a antiga gestão tinha bastante interesse de que isso fosse consolidado. Então entraves por parte do nível central não percebi, agora o que eu acredito também é que haja um maior empenho dos Conselheiros, muitos se reúnem mensalmente ... há aquela empolgação, acabou a reunião esqueceram, então quando está chegando a reunião há empolgação novamente. Eu acho que deveria haver um maior empenho também por parte dos Conselheiros para que eles motivem a comunidade. Porque nós temos no CMS assentos de várias representações desde o primeiro momento que foi citado essa necessidade uns manifestaram interesse o gestor, a presidente do Conselho anterior, no entanto havia aquela empolgação, mas esfriava era como se fosse algo desejado, mas não muito querido. Então empecilho ... não vejo, o que acho é que é necessário mais empenho (Grupo I/ Ent.4).

Ao analisarmos o *Projeto de Lei nº 012/2007*, (FEIRA DE SANTANA, 2007/Doc. 2), que dispõe sobre a competência, composição e finalidades do Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana, vimos que a gestão municipal legitima as atribuições do CMS. No artigo 2º desta lei, inciso XXII é destacada como função do Conselho Municipal de Saúde apoiar e promover a educação para o controle social, devendo sim os conselheiros serem mais ativos nesse processo.

Outrossim, as impressões obtidas a partir das observações realizadas durante os seis meses de coleta de dados não foi constatado nenhum projeto de educação permanente ou capacitação e/ou mobilização em prol do exercício do controle social.

A ausência da participação da comunidade e dos profissionais de saúde também apareceu como um entrave na construção dos Conselhos Locais de Saúde

[...] tem a questão da própria comunidade não entender bem o processo que é o controle social e por trás disso também o perfil de alguns profissionais que encontram entraves e daí recuam, talvez falte um pouco de coragem dos profissionais para avançar no processo, começando do

início, pois sabemos que é um processo de educação também, o entendimento da comunidade em saber o que o controle social, qual a importância dessa participação comunitária, pela questão da própria cidadania, isso também precisa ser construído e alguns profissionais não tem esse entendimento, os profissionais encontram entraves quando vão começar esse trabalho e recuam, se distanciando e por isso esse atraso todo... (Grupo I/ Ent.6).

Converge com esse depoimento a fala de um membro da comissão de saúde ao retrata que

[...] a dificuldade talvez seja mais de conscientizar esse pessoal do verdadeiro papel do conselho, precisa ser colocado mais informações para que essas pessoas possam absorver e daí elas vão entender. Talvez esteja faltando mais informações sem muito protocolo, para que as pessoas saibam efetivamente qual é o verdadeiro papel de uma pessoa que está participando desse CLS. Talvez esteja faltando mais comunicação (Grupo II/ Ent.6).

Este depoimento ao abordar que a questão da burocratização dos serviços sob ponto de vista da criação de inúmeros protocolos de atuação tem sustentação em Stralen e outros (2006) ao considerarem a burocracia como indispensável, na medida em que a ampliação das funções do Estado impôs a necessidade de conhecimentos técnicos especializados. Todavia é importante ressaltarmos que o acesso ao conhecimento não é homogêneo, sendo assim, para que possamos alcançar a todos, precisamos adequar a linguagem e diminuir protocolos em prol do maior alcance da mobilização social.

Diante desse contexto é possível complementar como entrave no processo da co-gestão da saúde mediante a participação popular a obrigatoriedade da institucionalização do Conselho Municipal de Saúde. Parece um paradoxo levantar a questão da institucionalização dos Conselhos como um fato negativo, mas a criação dos CMS na maioria dos municípios é atrelada a uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionada ao repasse de recurso (STRALEM et al., 2006).

Este processo gerou uma grande heterogeneidade na caracterização dos Conselhos de Saúde, permitindo que realmente eles exerçam apenas um papel

cartorial já que não possuímos nenhum órgão de fiscalização da efetividade desses Conselhos. Apenas a população “exerce” esse papel fiscalizador, mas até que ponto temos uma população preparada para isso?

Nesta perspectiva, o depoimento do ent. 5 / grupo I complementa a atuação do governo como manipulador do exercício do controle social.

[...] pudemos observar de artifícios do poder público para que as contas fossem aprovadas independente do conselheiro ter acesso ou não as informações. Cancela-se reuniões, falta de quórum, oferece material para conselheiro sem tempo suficiente para análise, maneiras para que o poder público tenha o controle sobre o Conselho Municipal e uma forma de controlar e inibir o Controle Social... nesse momento o que acho mais difícil é a desmobilização por conta de um governo que vem sendo governo mas em nome do movimento, não é de forma generalizada, mas é muito forte, o que interfere. Pois o que se espera de um movimento social participante é a autonomia e isso quando o governo vem sendo governo querendo ser movimento isso já perde a autonomia e muitos sendo assessores de parlamentares.

Comungando com nossos achados Oliveira (2007) afirma que muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos porque estão previstos institucionalmente. Na prática, são refratários a esta forma de controle e, em conseqüência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

No processo de formação dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana há notoriamente, inúmeros entraves, todavia, ainda que de forma incipiente podemos observar algumas conquistas. O processo de modificação de uma realidade social é uma construção lenta e gradual que envolve diferentes sujeitos e realidades. Observamos que se faz necessário elaborar uma linguagem simples e universal, de modo que seja possível emergir do local necessidades que podem vir a se transformar em políticas globais, tornando possível a co-gestão da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate democrático sobre a produção, a disseminação e o uso das informações em saúde e suas tecnologias é fundamental para a longa luta emancipatória dos cidadãos. Necessariamente, passa pela apropriação de saberes/poderes por parte da população e suas representações, como os Conselheiros de Saúde no segmento dos usuários. Uma visão tecnicista/tecnocrática circunscreve 'os saberes' aos 'especialistas'. Por isso, a apropriação de informações e saberes representa denunciar e superar a imagem falsa de que só os técnicos sabem e podem decidir sobre a Informação em Saúde e as tecnologias a ela associadas. É, portanto, superar a falácia de uma tecnociência autônoma, todo-poderosa e neutra.

MORAES(2007).

Chegamos ao momento no qual podemos refletir sobre a real práxis do Controle social no processo de implantação dos Conselhos Locais de Saúde em Feira de Santana – BA. Muitas são as proposições para sua real efetivação. Contudo o que hoje podemos perceber é que ainda temos um caminho longo a ser percorrido.

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

Comungamos com Serapione e Romani (2006) quando afirmam que ainda estamos diante de uma sociedade ainda débil e desorganizada, que até agora não tem conseguido expressar formas adequadas de protagonismo social e de participação, para aproveitar as pequenas aberturas proporcionadas pelo sistema de saúde em prol da sua melhoria.

Todavia, é preciso considerar que esses sujeitos não se apresentam instrumentalizados para serem protagonistas da co-gestão do SUS. Por conseguinte, verificamos que em Feira de Santana não há um processo de educação permanente para apoiar a construção dos Conselhos Locais de Saúde. A comunidade, assim como as equipes de saúde e a gestão, ainda não “entenderam” ou “assumiram” efetivamente qual a real participação dos Conselhos Locais de

Saúde na condução da política local de saúde de cada USF. Dessa forma, os trabalhadores de saúde se sentem “fiscalizados” e “inibidos”, assim como a comunidade não consegue delinear a sua linha de atuação tanto pelo próprio desconhecimento como também muitas vezes se sentirem “amedrontados” em falar dos problemas que os afligem, inclusive em apontar questões relativas a condução da sua USF; quanto a gestão, ela não consegue visualizar o controle social como uma ferramenta favorável questões relativa à sua gestão.

Em Feira de Santana, o processo de mobilização social é executado por poucos sujeitos críticos, participativos e fomentadores do ideal de participação. Todavia ainda não é suficiente, apesar de já existir um trabalho iniciado, se faz necessário o entendimento dos Conselhos como uma importante estratégia no processo de reestruturação da atenção à saúde. Tal processo deverá envolver expectativas, demandas e comportamento de todos os sujeitos envolvidos na prestação da atenção (STRALEN, et al. 2006).

Ainda não há a instituição do Conselho Local de Saúde, apesar da aprovação do seu regimento em dezembro de 2008 a comunidade ainda não se encontra motivada o suficiente para transformar a lei na efetividade de uma nova práxis. Durante o desenvolvimento deste estudo, vimos que a construção dos Conselhos Locais caminha em passos lentos. Os entraves ainda são muitos, perpassam a questão política e burocrática e esbarram num cenário de sujeitos sem informação e entendimento da concepção do que vem a ser um CLS e a participação efetiva de um Conselheiro de Saúde.

Para que haja mudanças efetivas nas políticas públicas pela participação comunitária se faz necessário criar mecanismos para que a lei deixe de ser apenas um instrumento legal e passe a concretizar um espaço democrático de construção

coletiva em prol das demandas da população (ASSIS, 2003). A partir da construção desse espaço teremos possibilidades reais para a efetivação do Controle Social com o reconhecimento das reais demandas da comunidade, considerando o processo saúde-doença e as possíveis medidas a serem implantadas e/ou implementadas para uma melhor qualidade de vida.

Ao resgatarmos o nosso primeiro pressuposto, conforme o que foi observado na realidade de Feira de Santana, notamos que mesmo com os avanços do SUS, a legislação por si só não garante a sustentação de um Conselho efetivo, deliberativo e autônomo, pois não se observa o desenvolvimento de uma cultura para o bem estar coletivo, de valorização do bem público e sua apropriação coletiva. A ausência dessa cultura descaracteriza o processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde em prol de ações pontuais e sem expressão social.

A construção de um diálogo democrático entre o poder público e a comunidade envolve aspectos políticos e culturais que acarretam na organização de uma dinâmica de forças sociais em torno dos problemas de saúde enfrentados pela comunidade (MORAIS, 2007). Esse diálogo é importante, porém não observamos no processo de trabalho das comissões de saúde um diálogo efetivo entre a comunidade e o poder público ou mesmo entre outras instituições. Porém, apesar de constatarmos que há uma tentativa de comunicação ela não se dá de forma ordenada e representativa conforme a realidade local.

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

entraves, apesar da institucionalização para a sua efetiva concretização, há ainda um longo caminho a percorrer.

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

Por fim, apesar dos inúmeros desafios que envolvem a efetivação do controle social em Feira de Santana, trata-se de um 'caminho sem volta'. A construção de uma nova realidade na saúde está intrinsecamente relacionada à participação popular na co-gestão dos serviços, considerando as possibilidades de articulação coletiva dos sujeitos na construção de um diálogo em prol do bem estar da população. Nesse sentido é importante resgatarmos o depoimento de um membro da comissão de saúde.

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

Como vemos, a partir deste depoimento, é possível alimentar nossos ideais de esperança com as palavras de um sujeito do controle social que não é diplomado tecnicamente, mas apresenta um título que não temos a disposição nas faculdades, o de Cidadania. Não é fácil trazer para a práxis uma realidade, que para muitos, é

utópica. Porém, é preciso que comecemos trilhar este caminho, resgatarmos o sentimento de cidadania e lutar verdadeiramente para que o SUS seja implementado democraticamente de forma universal, integral, e com a participação social.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, M C. Controle Social notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**. V. 18, n. 1, p. 168-176, 2004.

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

ARAÚJO, MLG. **Ciência, Fenomenologia e Hermenêutica: Diálogos da geografia para os saberes emancipatórios**. Universidade Federal de Minas Gerais: Programa de Pós-graduação em Geografia do Instituto de Geociências. Belo Horizonte / Minas Gerais, 2007.

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

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

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

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

BRASIL 2000. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências, Brasília, DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde(SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez.

BRASIL, 1996. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996.

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

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000_b, p. 121-234.

CARDOSO, LS. **Exercícios e notas para formular uma pesquisa**. Rio de Janeiro: Paper Virtual, 2000.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GADAMER, H. **A razão na época da ciência**. 1^o Ed. Rio de Janeiro, Biblioteca tempo universitário, 1983.

GADAMER, H. **Verdade e Método I, Traços Fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 8.ed. Tradução de Flávio Paulo Meurer, revisão da tradução de Enio Paulo Gianchini. Rio de Janeiro:Vozes, 2007.

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

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

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

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

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

HOFLING, Eloísa de Mattos. Estado de Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos CEDES**, a. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

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

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

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

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

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

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

MOREIRA, MR, Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. **Saúde para Debate**, v. 1, nº 43, p. 15-22, junho, 2008.

MOREIRA, MR; FERNANDES, FMB; SUCENA, LFM; OLIVEIRA, AN. 'Participação' nos Conselhos Municipais de Saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. **Saúde para Debate**, v. 1, nº 43, p. 48-61, junho, 2008.

MORAES, IHS. Informação em Saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação. **Coletânea de informação em Saúde para o exercício do controle social**. P. 17-27, 2º edição, Brasília, 2007.

NASCIMENTO, MAA. **As práticas populares de cura no povoado Matinha dos Pretos**. Eliminar, reduzir ou Convalidar? Universidade São Paulo: Programa Doutorado Interunidades, Ribeirão Preto/São Paulo, 1997.

NIPES-Núcleo de Informações e Pesquisas Econômicas e Sociais de Feira de Santana. Capturado em 27 de junho de 2008. Disponível em: http://www.nipes.feiradesantana.ba.gov.br/f_dados.htm

NUNES, ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva** .São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITECH/FIOCRUZ, 2006.

OLIVEIRA, VC. Desafios e Contradições Comunicacionais nos Conselhos de Saúde. **Coletânea de informação em Saúde para o exercício do controle social**. 2º edição, p. 29-43, Brasília, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS. Co-Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva** .São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITECH/FIOCRUZ, 2006, p. 669-688.

PÁDUA, EMM. **Metodologia da Pesquisa Abordagem teórico-prática**. 11.ed.São Paulo:Papirus, 2005.

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

POUPART, J; DESLAURIERS, J; GROULX, L; LAPERRIERE, A; MAYER, AP. **A pesquisa qualitativa Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Ed. Vozes, 2008.

PINTO, HA, LOPES, SRM. A Participação popular na efetivação do direito humano a saúde. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 50-62, set. 2007.

RIBEIRO, JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública** v.13 n.1, jan./mar. 1997.

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

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

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

SCHRAMM, FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p-773-784, 2004.

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

SILVA, AX; CRUZ, EA; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p- 683-688, 2007.

SILVA, JO. Conselhos, controle social e racionalidade do Estado. **Saúde para Debate**, v. 1, nº 43, p. 118-127, junho, 2008.

SPOSATI, A; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 366-378, Out/Dez,1992.

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

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

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

VÁZQUES, ML, SILVA, MRF, CAMPOS, ES. et al. Participação Social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, nº 2, p. 579-591, 2003.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A

Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da Pesquisa: Processo de trabalho dos Conselhos Locais de Saúde na defesa das políticas públicas de saúde no município de Feira de Santana – BA.

Pesquisadora responsável: Prof. Dr^a Maria Ângela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Fernanda de Brito Ribeiro

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: ____/____/____

Ent. nº :

Início:

Término:

1. Característica do entrevistado:

1.1 Idade: _____ Anos.

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Escolaridade:

1.4 Ocupação/profissão: _____

1.5 Tempo de experiência no trabalho de construção do CLS: _____

2. Questões Norteadoras

2.1 Compreensão/entendimento sobre o exercício do Controle Social no CLS

2.2 O processo de mobilização / organização e estruturação do CLS: estratégias / procedimentos.

2.3 Significado de ser conselheiro no CLS.

2.4 Processo de trabalho do CLS

- Entendimento de saúde e políticas públicas de saúde
- Finalidades / objetivos
- Objeto de ação
- Atividades desenvolvidas
- Instrumentos de trabalho
- Agentes

2.5 Entraves, conquistas e possibilidades

APÊNDICE B

Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da Pesquisa: Processo de trabalho dos Conselhos Locais de Saúde na defesa das políticas públicas de saúde no município de Feira de Santana – BA.

Pesquisadora responsável: Prof. Dr^a Maria Ângela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Fernanda de Brito Ribeiro

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Data: ____/____/____

Início:

Término:

1. Pontos a serem Observados:

1.1 Processo de mobilização, organização, estruturação e funcionamento dos CLS (procedimentos/ estratégias).

1.2 Processo de trabalho do CLS

- Entendimento de saúde e políticas públicas de saúde
- Finalidades / objetivos
- Objeto de ação
- Atividades desenvolvidas
- Instrumentos de trabalho
- Agentes

1.2 Sujeitos participantes: definição dos problemas / diálogo/ intenção/ trabalho em equipe, dentre outros.

1.3 Entraves, conquistas e possibilidades

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), através da coordenação da Professora / pesquisadora Maria Ângela Alves do Nascimento e participação da pesquisadora colaboradora, a estudante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), Fernanda de Brito Ribeiro, estão realizando a pesquisa intitulada “Processo de construção dos Conselhos Locais de Saúde em defesa das políticas públicas de saúde no município de Feira de Santana-BA”. Os objetivos desta pesquisa são compreender o processo de mobilização, organização e estruturação dos CLS em defesa da saúde no município de Feira de Santana-BA, analisar o processo de trabalho dos membros dos CLS de Feira de Santana em defesa da saúde e discutir as dificuldades, as conquistas, e as possibilidades a partir da atuação dos CLS na defesa das políticas públicas de saúde na perspectiva dos gestores, conselheiros e usuários em geral do Sistema Único de Saúde. Este estudo é importante, pois poderá possibilitar não apenas o conhecimento de uma das formas do exercício do Controle Social na cidade de Feira de Santana-BA, mas também a oportunidade para discutir a forma de contribuição para a melhoria do exercício do controle social, haja vista que se trata de um direito legal importante para a construção e implementação de políticas públicas de saúde. Além disso, esta pesquisa deverá contribuir com a produção de novos conhecimentos a cerca do exercício do controle social no sentido de superar os entraves políticos e burocráticos, despertar reflexões sobre a temática entre gestores, usuários e trabalhadores e fomentar discussões levando a construção de uma nova prática. Para a coleta dos dados será necessário observar as reuniões da organização dos CLS para acompanhar seu processo de organização e entrevistar as pessoas que fazem parte do trabalho de construção do conselho além de avaliar os documentos existentes sobre os CLS. As pessoas que participarem da pesquisa não terão gastos financeiros e nem sua identidade revelada, caso queiram desistir poderão deixar de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, as entrevistas ocorrerão em local isolado com total privacidade. Caso permita a entrevista será gravada e, posteriormente, ouvida a gravação, esse material será guardado na UEFS por um período de 05 anos e depois destruído pelas pesquisadoras. Também será respeitada a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, sendo indenizado caso aconteça qualquer dano imediato ou tardio. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão estar relacionados às questões que levem a dificuldade de relacionamento da pesquisadora e o entrevistado, como também quanto as questões a serem respondidas nas entrevistas que podem trazer constrangimento, caso não saibam respondê-las devido timidez ou vergonha . É importante lembrar que você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Caso não queira mais participar da pesquisa, não terá nenhum problema ou prejuízo de não querer expressar sua opinião. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores no Núcleo de Pesquisas Integradas em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS, VI Módulo, Km-03, BR – 116, Campus Universitário em Feira de Santana – BA, tel. 32248162. Assim, caso concorde em participar, informamos que as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos, divulgadas em congressos, estudos e publicados em revistas. Sendo assim, se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, deverá assinar inclusive os pesquisadores, este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia e outra com o pesquisador.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2009

Entrevistado

Fernanda de Brito Ribeiro
(Pesquisadora colaboradora)

Maria Ângela A. do Nascimento
(Pesquisadora responsável)

