

CLAUDIO VALDIVINO E SILVA

**A PERCEÇÃO DE CONSELHEIROS DE CONSELHOS REGIONAIS DE SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL ACERCA DOS DOMÍNIOS DO EMPODERAMENTO**

Brasília – DF

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CLAUDIO VALDIVINO E SILVA

**A PERCEPÇÃO DE CONSELHEIROS DE CONSELHOS REGIONAIS DE SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL ACERCA DOS DOMÍNIOS DO EMPODERAMENTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós- Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro.

Brasília – DF

2013

CLAUDIO VALDIVINO E SILVA

**A PERCEÇÃO DE CONSELHEIROS DE CONSELHOS REGIONAIS DE SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL ACERCA DOS DOMÍNIOS DO EMPODERAMENTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 19 DE JUNHO DE 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro - presidente
Universidade Brasília

Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh
Universidade Brasília

Prof. Dr. José Antônio Silvestre Fernandes Neto
Fiocruz

Prof. Dr. Márcio Florentino Pereira - suplente
Universidade Brasília

À Mara, esposa e companheira com quem
aprendi em que a vida faz sentido.

AGRADECIMENTOS

Especial a meus pais Francisco Artur e Silva e Rosinelda Valdivino e Silva (in memoriam), pela firmeza e suavidade que me conduziu ao conhecimento;

Aos irmãos pelo apoio e compreensão nessa e em outras etapas importantes do meu caminhar;

Ao Professor Dr. Rafael Mota Pinheiro que com segurança, competência e amizade me conduziu aos caminhos do empoderamento e a realização desse trabalho;

Aos professores pelas contribuições teóricas das disciplinas;

Aos amigos pela convivência leal, afetuosa e solidária;

A todos que trabalham em prol da valorização do Controle Social, em especial aos conselheiros de saúde dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal que de forma espontânea, colaborativa e democrática aceitaram participar desse trabalho.

“Se estas aqui para me ajudar, então, estas a perder o teu tempo. Mas se vieste porque a tua libertação esta presa à minha, neste caso, deitamos mãos à obra.” (Valverde).

RESUMO

As Leis Orgânicas de saúde (n.8.080/90 e n.8142/90) institucionalizaram a participação da população mediante o controle social com a criação das conferências e dos conselhos de saúde, nos três níveis de governo. Estes como órgãos colegiados, de caráter permanente, onde a participação da comunidade se dá paritariamente com representantes da gestão, prestadores de serviços e representantes institucionais, com atribuições legais para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. A diversidade de atores em sua composição caracteriza-os como espaço de poder com capacidade de provocar ou de resistir às mudanças, é, portanto, através do exercício de poder e do empoderamento que esses colegiados podem proporcionar mudanças na vida e na saúde da comunidade. O presente estudo analisou a percepção dos conselheiros de quatro Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca dos domínios do empoderamento. O plano no qual se situa esse estudo é o subjetivo, com uma concepção teórica de abordagem qualitativa em quatro Conselhos Regionais de Saúde (CRS) localizados em Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal (DF). Para o levantamento dos dados apresentados fez-se uso como estratégia metodológica de uma oficina e de um questionário sociopolítico. Trinta e oito conselheiros membros efetivos responderam ao questionário e participaram da identificação, individual e coletivamente, das alternativas que melhor representassem a situação atual do Conselho de Saúde com relação aos domínios e aos níveis do empoderamento, a saber: (1) participação; (2) liderança; (3) estrutura organizacional; (4) problematização da realidade; (5) mobilização de recursos; (6) relacionamento cooperativo entre redes; (7) consciência crítica (8) implementação de programas e projetos; e (9) papel dos especialistas. A maioria dos conselheiros é do sexo masculino, tem entre 50 e 59 anos, possuem nível superior, são funcionários públicos, de primeiro mandato e passaram por algum processo de capacitação. Os quatro conselhos pesquisados encontram-se em estágios distintos quanto aos domínios e escala de classificação do empoderamento. Destaca-se a estrutura organizacional; mobilização de recursos; relacionamento cooperativo entre redes e papel dos especialistas como os domínios que mais sofreram variações entre os conselhos pesquisados. Identifica-se a necessidade de estratégias de qualificação dos conselheiros com a finalidade de gerar conhecimentos pessoais e sociais com efetivo compromisso com as transformações de poderes existentes nos conselhos de saúde e com a produção de sujeitos.

Palavras-chave: Conselho de Saúde; Participação Comunitária; Empoderamento.

ABSTRACT

Organic Laws of Health (n.8.080/90 and n.8142/90) institutionalized public participation through social control by creating conferences and health councils in the three levels of government. These councils, as permanent collegiate bodies, are the place where community participation occurs equitably with representatives of management, service providers and institutional representatives with legal duties to act in the formulation of strategies and in control of health policy implementation. The diversity of actors in its composition characterize that instance as the space of power with the capacity to cause or resist changes. It is, therefore, through the exercise of power and empowerment that these boards can bring changes in the life and health of the community. The present study analyzed the perceptions of counselors four Regional Boards of Health of the Federal District on the domains of empowerment. This study lies in a subjective level, with a theoretical conception of qualitative approach in four Regional Health Councils (CRS) located in Administrative Regions (RA) of the Federal District (DF). For data collecting, it was used a workshop and a sociopolitical questionnaire as methodological strategies. Thirty-eight counselors sitting members responded to the questionnaire and participated in the identification, individually and collectively, of the alternatives that best represent the current status of the Board of Health, concerning the domains and levels of empowerment, namely: (1) participation, (2) leadership, (3) organizational structure, (4) problematization of reality, (5) resource mobilization, (6) cooperative relationship between networks; (7) critical consciousness (8) implementation of programs and projects, and (9) role of specialists . Most counselors are male, have between 50 and 59 years, are graduated, are first term public servants and went through some process of capacitation building. The four councils surveyed are at different stages concerning the rating scale domains and empowerment. Noteworthy are the organizational structure, resource mobilization, cooperative relationship between networks and the role of experts as the areas that suffered the most variations between councils surveyed. Furthermore, it identifies the need for qualification strategies in order to generate knowledge with effective personal and social commitment to the transformation of power distribution in the existing health councils and with the production of subjects.

Keywords: Board of Health, Community Participation, Empowerment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação dos conselheiros por sexo

Figura 2 – Faixa etária dos conselheiros

Figura 3 – Grau de escolaridade

Figura 4 – Profissão ou ocupação

Figura 5 – Representação por segmento

Figura 6 – Tempo de mandato

Figura 7 – Conselheiros que foram capacitados

Figura 8 – Importância da participação nas reuniões

Figura 9 – Conselheiros representando instituições

Figura 10 – Avaliação do empoderamentos dos conselhos de saúde na perspectiva dos conselheiros

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Os Nove domínios do Empoderamento

Tabela 2 – Matriz da Escala de Classificação do Empoderamento

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

8ª CNS	Conferência Nacional de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial álcool e Drogas
CEP/FEPECS	Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Conselhos Regionais de Saúde
DF	Distrito Federal
MG	Minas Gerais
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RA	Região Administrativa
RIDE-DF	Região Integrada do Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal
SC	Santa Catarina
SM	Salário Mínimo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 OBJETIVOS	21
1.1 Objetivo Geral	21
1.2 Objetivo Específico	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Democracia e Participação Política	22
2.2 A reforma do Estado, Saúde Pública e Governança	28
2.2.1 A reforma do Estado e a saúde pública	28
2.2.2 Governança.....	32
2.3 Empoderamento na Participação Política	35
2.2.1 Poder	38
2.2.2 Comunidade.....	41
2.2.3 Empoderamento Segundo Laverack.....	42
3 METODOLOGIA	44
3.1 Tipo e Cenário do Estudo	50
3.2 Sujeitos da Pesquisa.....	51
3.1.1 Caracterização das Regiões Administrativas dos Conselhos	51
3.2.1.1 Região Administrativa do Conselho “ A”	51
3.2.1.2 Região Administrativa do Conselho “ B”	52
3.2.1.3 Região Administrativa do Conselho “ C”	53
3.2.1.4 Região Administrativa do Conselho “ D”	54
3.3 Procedimentos de Coleta de Dados.....	55
3.4 Tratamento dos Dados.....	57
3.5 Aspectos Éticos.....	57
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1. Perfil Sociopolítico dos Conselheiros de Saúde.....	58
4.1. Os Domínios do Empoderamento na Percepção dos Conselheiros de Saúde.....	73
4.2.1 Participação	75
4.2.2 Liderança	76
4.2.3 Estrutura Organizacional.....	76

4.2.4	Problematização da Realidade.	77
4.2.5	.Mobilização de recursos	78
4.2.6	Relacionamento Cooperativo em Rede	79
4.2.7	.Consciência Crítica	81
4.2.8	.Implementação de Programas e Projetos	82
4.2.8	.Papel dos Especialistas	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
6	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	87
6	REFERÊNCIAS	88
7	APÊNDICES.....	94
8	ANEXO	111

INTRODUÇÃO

A participação comunitária surgiu no início do século XX e está relacionada aos movimentos dos centros comunitários norte-americanos que buscavam responder, tanto prática quanto ideologicamente, às insuficiências dos aspectos sanitários e a pobreza de diversos segmentos populacionais daquele país, originando assim, a Medicina Comunitária.

A proposta da Medicina Comunitária encontrou terreno fértil para a experimentação no Brasil devido, principalmente, a dois fatores: primeiro, aos altos índices de exclusão social e de pobreza no país. Segundo, devido às grandes desigualdades sociais em saúde. A Medicina Comunitária ancorava-se na proposta de extensão da cobertura da assistência médica, na compatibilização de experiências inovadoras, como a valorização do trabalho comunitário, até então afastado desses “saberes” nesta área, e na estimulação para a formação organizada e autônoma da população, com a manutenção da estrutura da produção da atenção à saúde (CARVALHO, 1995; FLEURY 1988).

Com a apropriação e ressignificação dos preceitos da Medicina Comunitária, que já preconizavam a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação, ocorreu, no Brasil, uma crítica contundente de cunho reformista do sistema de saúde vigente que ia desde a transferência burocrática de informações sanitárias até o monopólio do saber médico na área. Nesse contexto de críticas, surgiram propostas de criação de trabalho coletivo de saúde, como as ações multidisciplinares, desencadeando um novo modelo de participação denominado participação popular (CARVALHO, 1995).

Da crítica ao modelo de saúde vigente e dos limites dos resultados das experiências da Medicina Comunitária desenvolveu-se, no Brasil, um novo modelo de participação com objetivos para além de conquistas focalizadas em bens e serviços: o modelo da democratização no campo da saúde – que reivindicava, cada vez mais, acesso universal e igualitário nesse campo.

É importante salientar que a participação popular em saúde incorpora-se a outros movimentos sociais urbanos, como o dos sindicalistas e dos profissionais

liberais, que reivindicavam melhorias na qualidade de vida e a diminuição das desigualdades econômicas, políticas e sociais. Nesse período há um reconhecimento por parte da população de que as melhorias sociais deviam ser conquistadas por meio da pressão popular e, portanto, da luta e da contestação junto ao Estado, ocorrendo assim um deslocamento da dimensão técnico-sanitário típica da Medicina Comunitária para uma dimensão política. Deste modo, esses movimentos fortaleceram-se devido, sobretudo, a dois fatores: pelas condições sociais degradantes da população brasileira, principalmente daquelas que viviam nas periferias dos grandes centros urbanos e pelo enfraquecimento do regime autoritário vigente à época. Essas experiências participativas, de caráter reivindicatório, proporcionaram uma potente ligação entre as reivindicações sociais por acesso a bens e a serviços de saúde, e as demandas políticas por acesso ao poder que passaram a ocupar, cada vez mais, espaços institucionais que possibilitaram uma integração nas relações entre Estado e Sociedade Civil (CARVALHO, 1995).

As experiências sociais vinculadas às propostas originais da Medicina Comunitária, que passaram a desenvolver-se tanto “por dentro” como “por fora” do aparato estatal, constituíram-se nas ideias centrais de criação dos Conselhos de Saúde. “Por dentro” do Estado compreende-se a crítica realizada por técnicos institucionais ao modelo médico previdenciário privatista vigente no país e a reivindicação de um aprimoramento das ideias da Medicina Comunitária relacionadas, sobretudo, à participação comunitária. “Por fora” do Estado entende-se os projetos que se inspiravam nas propostas político-técnicas da Medicina Comunitária que já estavam sendo desenvolvidas nesse período, principalmente nas cidades de Paulínia (SP) e Montes Claros (MG), pioneiras na participação comunitária, e que contavam com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPS), do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP) e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS).

A deterioração das condições econômicas e sociais do país no período do “milagre econômico”, a organização e a mobilização dos movimentos sociais aliados à crítica intraestatal ao modelo de saúde hegemônico, explicam o aparecimento de

espaços para o debate e o confronto de natureza político-técnica dentro do aparelho de Estado entre defensores e críticos do modelo previdenciário privatista. Assim surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) na década de 1980, com base nos princípios da Conferência de Alma Ata, promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, que apresentava, como uma de suas premissas, a participação da comunidade para o aprimoramento da saúde.

A versão original desse projeto ofereceu um tratamento diferenciado à participação da população que se articulava com a proposta de redemocratização da sociedade, contrapondo-se a uma participação meramente instrumental concebida pelo governo. Embora o Prev-Saúde não tenha sido efetivado, na prática ele gerou um debate acerca da questão saúde, propiciando a participação de novos atores e grupos que expressavam o desejo de mudança do modelo hegemônico, agora localizado também dentro do Estado (CARVALHO, 1995). Esse movimento fortaleceu-se cada vez mais com a participação de novos atores que apresentavam como unidade reivindicatória a redemocratização do país e da saúde, fazendo surgir no campo da saúde uma nova forma de participação que, aqui, denominamos de Participação Cidadã.

Buscando legitimar suas ações, o governo adotou uma postura de caráter político-técnica, que envolveu diversos segmentos sociais, dando uma nova conformação na relação entre Estado e sociedade, abrindo espaço para a gestão compartilhada. As Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas no interior da Previdência Social, faziam parte dessas propostas que privilegiavam o financiamento público, estimulando a atenção ambulatorial em detrimento ao hospitalar; propiciavam a expansão da cobertura, melhorando a qualidade dos serviços; e principalmente, mesmo que de forma dependente de convênios, otimizavam a criação de colegiados de gestão como as Comissões Interinstitucionais, compostas por gestores governamentais, prestadores públicos e privados de saúde e usuários, constituindo, assim, a primeira tentativa de descentralização do sistema de saúde (GERSCHMAN, 2004).

As Ações Integradas de Saúde representaram um grande avanço. Paim (1986), em sua análise das características e das consequências das políticas de saúde no Brasil, discute os motivos para se apostar nessas ações, dentre eles, o

fato de possuírem instâncias deliberativas permeáveis à negociação política como as comissões e os conselhos gestores, tanto centralmente quanto localmente. Esses conselhos, compostos por gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes dos usuários, passaram a desenvolver ações políticas, reconhecendo a diversidade e as peculiaridades dos demais e a possibilidade concreta de participação popular organizada.

O autor ainda afirma que a participação no campo da saúde passou da retórica institucional para a formal por meio de convênios, de termos aditivos e de adesão, o que possibilitou a representação nas Comissões Interinstitucionais, cabendo aos movimentos organizados a pressão por sua efetivação.

É a partir dessa estratégia que os movimentos da sociedade civil organizada se fortaleceram, visando à conquista de espaços democráticos e à participação nas decisões políticas públicas do campo da saúde. Isso provocou, no contexto das lutas políticas pela redemocratização do país frente ao poder autoritário vigente, mudanças significativas na relação entre o Estado e a sociedade civil, passando a sociedade, cada vez mais, a reivindicar o controle sobre as ações do Estado e a exercer de fato uma participação cidadã.

A expressão controle social, em uma perspectiva de relação Estado sociedade civil, apresenta concepções diferentes que dependem do campo do conhecimento do objeto de análise, sendo os mais correntes a Sociologia, a Psicologia e as Ciências Políticas.

Na Sociologia tradicional, controle social é compreendido como a influência da sociedade sobre o indivíduo. Na Psicologia, por meio do desenvolvimento da dimensão subjetiva caracterizada por Sigmund Freud de superego, ocorre uma apreensão das normas sociais pela personalidade e, portanto, uma assimilação desse conteúdo de controle pelo indivíduo (CARVALHO, 1995).

No campo do conhecimento das Ciências Políticas ocorrem duas concepções básicas para a expressão controle social: na primeira, desenvolvida pelos Estados modernos, pelos filósofos e pelos cientistas políticos contratualistas que compreendiam que os indivíduos repassam sua liberdade por meio de um pacto entre o Estado e a sociedade civil a um poder coletivo (Estado) que o exerce através da imposição da ordem, inclusive recorrendo à força se necessária, é o Estado que

exerce o seu controle sobre a sociedade, o que Bobbio caracterizou como sendo uma limitação do agir do indivíduo em sociedade (BOBBIO et.al, 1986). A segunda concepção é caracterizada pelo controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, o que se aproxima da definição de controle social no Brasil proposto pelo Movimento Sanitário Brasileiro (MSB).

O MSB defendeu a necessidade da participação da sociedade civil no campo da saúde e articulou-se às lutas políticas a favor da redemocratização do país e da democratização na saúde frente aos abusos da medicina previdenciária que era acompanhada do aumento crescente dos lucros do mercado privado na área de saúde.

É diante desse contexto que surgiram as propostas de mudança na política de saúde da época. O MSB era ancorado por um conceito ampliado de saúde, compreendido como um fenômeno social e um exercício de cidadania, tendo o Estado o dever de assegurar melhores condições de vida e de saúde, além de prevenir os agravos que podiam ameaçar a população. Assim, esse movimento propôs a criação de um sistema único de saúde de caráter público, descentralizado e hierarquizado nas unidades de atenção à saúde, com a participação da população no controle, na organização dos serviços e na utilização dos recursos financeiros (GERSCHMAN, 2004).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais. No relatório final, foi apresentada uma proposta de reestruturação do modelo de Saúde brasileiro tendo a participação da sociedade como um de seus princípios (BRASIL, 1987).

Assim, as propostas de conceito ampliado de saúde, dos seus determinantes e da participação da sociedade no processo de formulação e execução da política de saúde foram assumidas e debatidas pela 8ª CNS, e posteriormente, incorporadas pela Constituição Federal de 1988; pela legislação infraconstitucional; pela Lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Lei e 8.142/90, que institucionaliza a participação da sociedade civil, concretizando o que conhecemos por controle social, com a criação das Conferências e dos Conselhos de Saúde no Brasil, nas três esferas de governo. Aquelas como espaços de

discussão e de formulação de políticas de saúde, que contam com a participação de diferentes atores sociais e estes, como órgãos colegiados, de caráter permanente, em que a participação da comunidade dá-se paritariamente com representantes da gestão, prestadores de serviços e representantes institucionais com atribuições legais para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

Dessa forma, coloca-se a questão política do acesso e da ampliação dos espaços e dos processos de tomada de decisões, acarretando uma pressão por mais espaços participatórios e um redesenho institucional a partir da interlocução entre o Estado e a sociedade, tendo em vista a passagem de uma gestão centralizada e autoritária do Estado para uma gestão compartilhada com a sociedade, por meio de canais participativos da gestão pública.

Nesse sentido, os Conselhos de Saúde constituem uma alternativa importante para a concretização da democracia participativa e do controle no processo de gestão do SUS. A diversidade de atores em sua composição caracteriza-os como espaços de poder com capacidade de provocar ou de resistir a mudanças.

E nesse contexto de luta por uma saúde pública de qualidade, equânime com a participação da sociedade na construção de um poder e empoderamento local, tendo com foco privilegiado os Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal que se situa esse trabalho.

O interesse pela temática do poder e do empoderamento surgiu a partir do contato com os conceitos teórico-metodológicos apresentados por Laverack acerca do empoderamento. Segundo o autor, o empoderamento pode ser aferido por meio de nove domínios operacionais que estabelecem uma ligação entre os elementos interpessoais e as dimensões políticas, econômicas e socioculturais da comunidade.

O autor ainda considera, para a aferição do empoderamento, uma escala de classificação que consiste em uma graduação que caracteriza e descreve os cinco níveis de empoderamento relacionados a cada domínio. O primeiro nível indica pouca identificação com o domínio, já o quinto uma identificação plena.

A partir dos pressupostos teórico-metodológicos desenvolvidos pelo autor, buscou-se compreender a percepção dos conselheiros de Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca do empoderamento comunitário, e assim contribuir

com o fortalecimento da democracia participativa na medida em que se procura superar os limites do paternalismo, das tomadas de decisões unilaterais de pessoas ou grupos e da proteção ou delegação do poder executivo presente nessas instâncias.

1 OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos conselheiros de Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca do empoderamento.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Contribuir com o referencial teórico alusivo aos elementos que constituem o empoderamento;
- b) Identificar o perfil sociopolítico dos conselheiros nos conselhos pesquisados;
- c) Aferir os níveis de empoderamento dos conselhos pesquisados, conforme escala de empoderamento de Laverack.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

A emergência da democracia foi o acontecimento mais importante do século XX, de acordo com Amartya Sen. No entanto, provido de uma visão mais pessimista, Wallerstein questiona o fato de a democracia, uma aspiração revolucionária do século XIX, ter se tornado uma proposta universal, mas de conteúdo vazio no século XX. Embora divergentes em suas posições, esses autores tomam a democracia como tema importante e colocam-na no centro do debate político do século XX (SANTOS & AVRITZER 2002).

No período pós Segunda Guerra Mundial e durante o período que ficou conhecido como Guerra Fria, a democracia foi tema de intensa disputa, mas que ficou reduzida a dois debates principais: o primeiro girava em torno do desejo da democracia constituir-se em uma compreensão restrita ao processo eleitoral, que conduziria à formação de governo. O segundo debate centrava-se em torno da discussão acerca de suas condições estruturais, nomeadamente, a existência de compatibilidade ou incompatibilidade entre democracia e capitalismo. Constata-se a existência de conflito, sobretudo no que diz respeito aos limites da propriedade em benefício de uma melhor distribuição de ganhos em relação às camadas da população desfavorecidas socialmente.

Para a corrente marxista, essa proposta descaracterizava totalmente a democracia, pela compreensão do fato de não ser possível democratizar a relação entre o capital e o trabalho. Assim os marxistas, diante desse debate, propunham a discussão de alternativas democráticas ao modelo liberal, sendo uma delas a democracia participativa (SANTOS & AVRITZER 2002).

Com efeito, podemos perceber que a democracia é um objeto de amplo debate na teoria política contemporânea. Dessa forma, constitui também uma tarefa quase impossível delimitá-la conceitualmente de forma consensual, pois sua definição está na dependência de uma corrente política adotada dentre as inúmeras existentes. Assim, este trabalho procura compreender teoricamente a democracia

sob duas correntes: a formal ou procedimental e a participativa. A opção por essas correntes justifica-se pelo antagonismo existente entre elas na forma de conceber e de organizar a política no mundo contemporâneo. Espera-se que a compreensão dos princípios dessas abordagens contribua para entendermos a inserção conceitual da participação política neste trabalho.

Correndo todos os riscos que as formas de simplificação podem trazer, pode-se compreender a corrente procedimental ou formal como aquela que define a democracia como um governo aprovado pelo povo, em que há um conjunto de regras e de procedimentos reguladores do processo de escolha dos governantes, eleitos periodicamente. A ideia central da participação política na perspectiva procedimental baseia-se no processo eleitoral chegando a caracterizar, de modo geral, outras formas de participação como deformadoras ou desestabilizadoras do sistema político. Na corrente procedimental, a participação do cidadão reduz-se a dizer sim ou não ao que lhe é imposto no processo eleitoral, perdendo, assim o sentido de comunidade.

De acordo com Bobbio (1979), a democracia é um conjunto de regras para a formação da maioria em que a igualdade no peso dos votos e a ausência de diferenças econômicas, sociais, religiosas, culturais e étnicas estão presentes na constituição do eleitorado.

Em *O futuro da democracia*, Norberto Bobbio (1986) realiza uma análise do quadro atual dos regimes democráticos e suas contradições, ou seja, os compromissos assumidos e não cumpridos nas práticas políticas por seus formuladores. Para ele, a definição mínima de democracia representativa incorpora três elementos fundamentais: o primeiro deve garantir a um grande número de cidadãos o direito de participar da tomada de decisões de forma direta ou na eleição de seus representantes. O segundo elemento diz respeito à existência de regras claras de procedimentos em que a maioria, como modalidade de decisão, possa ser respeitada. O último, refere-se à garantia de que os eleitos possam agir livremente diante de escolhas.

Na obra citada acima, Bobbio (1986) faz ainda uma análise do contraste entre o que foi prometido e o que foi efetivamente concretizado nos regimes democráticos, destacando seis pontos: o nascimento da sociedade pluralista, a revanche dos

interesses, as resistências das oligarquias, o espaço limitado, o poder invisível e o cidadão não educado. Listaremos em seguida três dessas promessas não cumpridas, segundo Bobbio (1986).

A primeira promessa não cumprida analisada por Bobbio é a não ocupação política de todos os espaços é uma promessa não cumprida pelos regimes democráticos. As tomadas de decisões, que dizem respeito ao conjunto da sociedade, ficam restritas a alguns espaços, impossibilitando a formação de uma democracia social. De acordo com o autor, quando se precisa saber a evolução da democracia em um país, a pergunta a ser feita não é “quem vota”, mas sim “onde se vota”.

A segunda promessa não cumprida pelos regimes democráticos é o poder invisível. As democracias nascem com o objetivo de tornar transparente e público os atos governamentais. A publicização de atos e ações governamentais é uma forma do cidadão ter conhecimento e controle, assim como distinguir o lícito do ilícito. Bobbio (1986) ressalta que o aparato dos instrumentos técnicos de controle do poder público aumentaram muito, constituindo-se uma fonte de informação importantíssima para os governantes. No entanto, o autor questiona: “quem controla os controladores” dessas informações. Caso não se encontre uma resposta plausível a essa pergunta, pode-se gerar como consequências, além de uma promessa não cumprida, uma inversão da premissa: ao invés de um máximo controle do poder pelos cidadãos, ter-se-á um máximo de controle dos cidadãos pelo poder, sendo essa uma das características do poder invisível.

A terceira promessa não cumprida diz respeito à educação para a cidadania, que pode ser entendida como o direito do cidadão ao exercício da democracia. É através das discussões políticas com os seus pares que o indivíduo toma consciência política. Conforme Bobbio (1986), temos na sociedade aqueles indivíduos que querem tirar proveito do sistema e aqueles que querem participar das decisões e da articulação das demandas e, ainda aqueles que não estão interessados nem em uma coisa nem em outra, e, portanto são caracterizados como desinteressados políticos ou sofrem do fenômeno da apatia política. Para o autor, existem razões para acreditar-se que nos regimes democráticos os votos de opinião estão diminuindo enquanto que os de permuta ou clientelar estão aumentando.

Assim, verifica-se que o não cumprimento dessa promessa levará a sociedade, cada vez mais, a uma representação de baixa densidade.

Bobbio (1986) também faz uma análise dos obstáculos previstos ou não pelos regimes democráticos e aponta três imprevistos: governos dos técnicos, aumento do aparato burocrático e baixo rendimento, os quais serão analisados nessa ordem.

Com a consolidação do capitalismo, foi requerido o trabalho de um profissional com competência técnica. Nos regimes democráticos modernos é cada vez mais valorizado o trabalho daqueles com conhecimento específico nos diversos campos do conhecimento, caracterizado pelo autor como governo dos técnicos ou tecnocracia. No entanto, o obstáculo levantado por Bobbio (1986) é que na democracia existe a hipótese de todos poderem decidir a respeito de tudo, enquanto que na tecnocracia, apenas os que têm conhecimento específico são convocados para as decisões.

Em relação ao aumento do aparato burocrático, distinguido por uma ordenação de poder hierarquizado totalmente oposto à organização de poder em uma sociedade democrática, Bobbio (1986) sustenta que existem mais ligações históricas entre os Estados democráticos e burocráticos do que contradições e por isso, quanto mais democráticos os Estados forem, mais burocráticos serão.

O autor destaca também que as conquistas dos direitos civis e políticos contribuíram para a emancipação da sociedade civil gerando demandas políticas, sociais e culturais ao governo. O obstáculo reside no fato de que o governo não consegue atender a todas as demandas, devido, principalmente, à velocidade e à quantidade em que são requeridas pela sociedade. Assim, o sistema precisa fazer escolhas, mas como nesse processo uma escolha exclui a outra, acaba criando um descontentamento social.

Bobbio (1986) conclui que mesmo com promessas não cumpridas e com obstáculos não previstos a democracia não sofreu abalos estruturais nos últimos anos. Não ocorreu nenhuma transformação que levasse os regimes democráticos a tornarem-se autocráticos, assim como os direitos mínimos dos Estados democráticos não foram modificados.

Portanto, a concepção hegemônica de democracia do pós Segunda Guerra Mundial é pautada pela discussão sobre a ampliação das regras do jogo

democrático em detrimento da soberania, restringindo, ou melhor, identificando a democracia como regra do processo eleitoral. Dessa forma, ocorreu uma ampliação do processo democrático, mas essa expansão, pelo menos até o presente momento, ainda não inseriu mais profundamente os indivíduos nas decisões políticas.

Nesse sentido, segundo Pateman (1992) a igualdade política preconizada pela teoria contemporânea de democracia baseia-se no sufrágio universal e na oportunidade de acesso da maioria aos canais de participação. É dessa forma que as concepções de democracia, analisadas até aqui, justificam o método político democrático.

A palavra participação está vinculada ao sentido de “fazer parte”, “tomar parte” “ou ter parte” de algum grupo ou associação. Todavia, essas expressões apresentam conotações diferentes, isto é, pessoas podem compor grupos, organizações ou associações, mas não participarem de suas decisões. Mesmo o “tomar parte” das decisões, que já expressa uma participação, necessita ser mais bem qualificado quanto ao seu grau ou intensidade, sendo fundamental para o processo participatório não o quanto, mas o como se participa. Para além da intensidade, a participação está assentada em duas bases diferentes, mas complementares. A primeira, compreendendo o sentimento de prazer em estar e em fazer coisas com os outros e a segunda denominada de instrumental, que diz respeito à obtenção de mais efetividade e eficiência quando as ações e as práticas realizam-se em grupo (BORDENAVE, 2007).

Dessa forma, define-se primeiramente para essa pesquisa, o que compreende-se por participação política. Assume-se a definição apresentada por Avelar como sendo uma “ação de indivíduos e de grupos com objetivos de influenciar o processo político” (AVELAR, 2007, p.246).

Os fundamentos da perspectiva participativa, de modo geral, estão relacionados à democracia grega clássica, etimologicamente, o governo do povo. Nessa perspectiva há uma interpretação da democracia como uma forma de organização da sociedade em que a sua essência encontra-se no princípio da igualdade política de seus cidadãos que se reuniam em assembleia pública para decidir coletivamente sobre as coisas públicas. Sua pedra de toque é a participação política dos cidadãos no sistema político.

Essa concepção de democracia encontra sua ênfase na ampliação das bases políticas de participação popular no processo de tomada de decisão e na ampliação política institucional. Para os defensores da ampliação dos canais de participação política, a democracia não pode ser vista apenas como normas ou procedimentos que constituem um método político ou um arranjo institucional, mas deve ser entendida como “uma gramática de organização da sociedade e da relação entre o Estado e a sociedade” (SANTOS & AVRITZER 2002, p. 51).

A proposta deste trabalho não articula a análise de participação política no diagnóstico apresentado por Bobbio (1986) sobre a corrente procedimental dos regimes democráticos representativos, - que se caracterizam como socialmente desiguais, estruturalmente assimétricos, de liberdade negativa e igualdade formal que conforma a instrumentalização da relação entre o Estado e a sociedade (BOBBIO, 1986).

Para o desenvolvimento das reflexões desse estudo, optou-se pela percepção de que a participação política funda-se na possibilidade de relações de redes de solidariedade e de cooperação, de uma institucionalidade participativa que possa levar os cidadãos à liberdade e à igualdade positiva, ou seja, uma participação política como uma ação coletiva organizada e propositivamente assentada em uma articulação entre redes de solidariedade e de reconhecimento interno em que a pedra de toque seja a igualdade e a liberdade positiva como guias de ação (AVELAR, 2007).

Com efeito, os modelos e a natureza das teorias democráticas analisadas até o momento, levam-nos a defender um sistema político que não extrapole os limites das regras e dos procedimentos que estruturam o sistema representativo, mas que possa ser guiado por preceitos diferentes. Isto é, entendemos que a participação política deve ocorrer com a manutenção e a preservação dos partidos políticos e das eleições periódicas, assim como o respeito aos direitos civis, mas também como a possibilidade de alargamento dos espaços institucionais democráticos conquistados através da participação política. Assim, corroboramos com Bobbio que a possibilidade de ampliação da democracia não reside no resgate da democracia direta, mas pela ocupação na democracia representativa de novos espaços.

Após a conquista do sufrágio universal, se ainda é possível falar de uma extensão no processo de democratização, esta deveria revelar-se não tanto na passagem da democracia representativa para a democracia direta, como habitualmente se afirma, quanto na passagem da democracia política para a social – não tanto na pergunta “Quem vota”, mas na resposta a esta outra pergunta: “Onde se vota”. Em outros termos, quando se quer saber se houve um desenvolvimento da democracia num dado país o certo é procurar perceber se aumentou o número dos que têm direito de participar nas decisões que lhes dizem respeito, mas os espaços nos quais podem exercer esse direito (BOBBIO, 1986, p.28).

Sob esta perspectiva, a participação política é refletida como uma forma solidária e coletivamente organizada a ser alcançada pela sociedade e que deve levar em consideração seus contextos históricos, suas tradições culturais e a situação social, não se restringindo apenas ao processo eleitoral. Segundo Avelar (2007), a participação política se constitui em um instrumento que legitima e fortalece as instituições democráticas.

2.2. A REFORMA DO ESTADO, SAÚDE PÚBLICA E GOVERNANÇA

2.2.1 A reforma do Estado e a saúde pública

Após a Segunda Guerra Mundial a ideia do Estado capitalista intervencionista ou Welfare state vai predominar e torna-se, nos países de industrialização avançada, o mediador na relação entre capital e trabalho ao proporcionar benefícios que eram usufruídos como exercício de cidadania pela sociedade, por meio das diversas conquistas da classe trabalhadora via implantação de políticas sociais, como pleno emprego, saúde e educação.

A etapa de prosperidade do Welfare state ocorreu no período de bipolaridade do mundo entre capitalistas e socialistas. Essa divisão gerava instabilidade aos países capitalistas avançados que adotavam as políticas sociais como uma forma de manter a adesão da população e assim evitar que eles fossem para os braços os inimigos, ou seja, dos socialistas. No entanto, enquanto os países capitalistas europeus e os EUA viviam uma fase de prosperidade, a América Latina vivenciava

experiências ditatoriais em diversos países, financiados principalmente pelos norte-americanos.

As bases teóricas do welfare state são sustentadas pela teoria keynesianista que argumenta que somente o setor privado não é suficiente para garantir a estabilidade da economia. Essas ideias foram ao encontro dos interesses do capital no período da crise econômica de 29 e naquele momento o Estado foi apontado como um importante protagonista e sua intervenção aceita como um mecanismo de sobrevivência.

As ideias propostas por Keynes levaram a Europa e os EUA ao chamado período de ouro do capitalismo. No entanto essa mesma prosperidade não atingiu o restante do mundo capitalista, ao contrário os demais países foram conduzidos a uma lógica de subordinação aos interesses do capitalismo avançado devido ao processo de financiamento externo e dependência de suas economias.

É mediante a subordinação desses países e principalmente a exploração do petróleo dos países árabes que a Europa e os EUA conseguiram garantir as políticas sociais do Welfare state. Outro fator que contribuiu para esse período foi a existência de países socialistas oponentes a proposta capitalista, o possibilitou que os trabalhadores conquistassem diversas garantias sociais, entre elas destaca-se a questão da saúde.

No caso específico do Brasil, além de nossa dependência externa, temos uma herança de colonialismo que deixou-nos de herança as práticas de um Estado patrimonial e oligárquico e com isso uma relação com os bens públicos com de origem estritamente privado. Tal prática pode em parte justificar as ações de exclusão do povo dos debates políticos e das questões acerca de seu cotidiano.

O caráter patrimonial brasileiro é um dos responsáveis pela inexistência de um Estado de bem-estar social no Brasil e a saúde é um das grandes comprovações desse fato que apontam ainda o quanto as especificidades brasileiras aliadas ao modelo de subordinação dos países latino-americanos, entre outros, aos interesses do capitalismo avançado impossibilitaram as conquistas sociais no Brasil.

A dependência econômica da América Latina aos países de economia avançada ficará mais evidente com a crise do Estado de bem-estar social a partir da década de 70 com a crise do petróleo, a qual conduziu o capitalismo mundial a uma

instabilidade econômica devido a queda da produtividade e a subida do preço do produto após a formação da Organização dos países exportadores do petróleo (OPEP).

É diante da crise do petróleo e em oposição a economia socialista planificada que as propostas neoliberais adquirem força ao afirmarem que o Estado é o responsável pela crise econômica.

O neoliberalismo surge logo após a Segunda Guerra Mundial contrapondo-se às políticas sociais e o controle da economia pelo Estado que estavam sendo implementadas nos países centrais. Todavia foi com a crise global desencadeada pela crise do petróleo e a onda inflacionária que assolou o mundo na década de 1980 que levaram ao declínio o Estado capitalista intervencionista e a ampla ofensiva do pensamento liberal que viria a constituir-se no projeto neoliberal hegemônico atual.

Para os teóricos neoliberais, como Frederich Hayer e Milton Friedman, a ordem social é incapaz de ser reconstituída por meio da razão, sendo, conseqüentemente a economia de planejamento um equívoco teórico, devendo-se permitir que o mercado se manifeste livre e espontaneamente.

As linhas políticas de caráter macroeconômico para os países latinos americanos, que iriam inspirar as reformas neoliberais nas quais em sua grande maioria foram implementadas, inclusive no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, foram delineadas em um documento denominado de Consenso de Washington elaborado funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos e representantes de organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Interamericano de desenvolvimento (BID) e Banco Mundial. Esse receituário, em linhas gerais, defendia a desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira, equilíbrio das contas públicas, privatizações de empresas estatais e políticas sociais focalizadas, dentre outras (ANDERSON, 1995).

No Brasil a aplicação da cartilha Neoliberal ocorreu no Governo Collor no início dos anos 1990, sendo aprofundado como política de Estado do governo Fernando Henrique Cardoso associado ao discurso da necessidade de

modernização do país que só seria possível por meio de privatizações e uma ampla reforma econômica.

A corrente neoliberal defende a tese de que as crises das décadas de 1970 e 1980 eram decorrentes da forma deficiente de como o Estado funcionava e pelos altos custos de operacionais que levando o Estado ao endividamento público e a sua incapacidade de inadequação ao processo de globalização que ocorria. Dessa forma era mais que necessário que a sociedade aceitasse uma reorganização das responsabilidades do Estado, onde seriam selecionadas estrategicamente as ações em que o Estado iria desenvolver assim com as que não eram de sua responsabilidade.

Esse “novo Estado” teria como principal função a regulação, a representação política, a justiça e a solidariedade, devendo se afastar do mercado e concentrar-se na oferta de alguns serviços básicos não realizados pelo mercado como serviços de educação, saneamento e saúde.

O pensamento neoliberal no que tange às políticas sociais não os compreende como direitos, e sim como uma forma de assistir aos mais carentes ou como atos de filantropia. Dai têm-se como resultado políticas sociais focalizadas e dirigidas para aqueles que não têm condições de adquirir esses serviços no mercado.

No campo da saúde, no Brasil, o receituário neoliberal surge fortemente com a implementação dos SUS no início da década de 1990. Desenha-se uma tensão grande entre dois modelos de concepção de saúde diametralmente oposto. O primeiro concebido por meio de uma proposta coletiva, participativa e democrática institucionalizado em que a saúde é vista com um bem social, e, portanto como direito social de todos os cidadãos e um dever do Estado em prover, o outro um modelo neoliberal em que o direito a saúde é visto pelo prisma do mercado e, portanto ofertado apenas para os pobres. Assim esse conflito vai gerar no campo da saúde uma ampliação do acesso a serviços de atenção básica, um mercantilização das ações e serviços da saúde a nível secundário e terciário, precarização dos vínculos de trabalho, terceirização de grande parte dos serviços assistenciais, conformação de um sistema de saúde complementar não público e a institucionalização da participação da sociedade nas demandas de decisões da

política de saúde por meio das conferências e conselhos de saúde presentes nas três esferas de governo.

2.2.2 Governança

O termo governança, em sua condição atual, era quase desconhecido até o final do século XX. Esse termo pode ser compreendido como um conjunto de ideias que podem nortear de alguma forma as atividades humanas, sobretudo aquelas que possam levar a uma formação coletiva. A distinção entre governança e gestão encontra-se em como e quem toma as decisões (SANTOS et al, 2005).

Guivant (2005) ao refletir sobre a governança dos riscos e como se desenvolveu o debate no Brasil sobre os transgênicos e as condições da abertura de espaços para a participação da sociedade no seu processo decisório aponta para dois modelos polares que se constituem a partir do cruzamento de dois eixos: o primeiro eixo está relacionado à concepção sobre o público, isto é, a diferença de apreciação dos riscos entre peritos e leigos.

Segundo a autora, os leigos têm atitudes irracionais e aversão à inovação e ao risco, sendo essa uma visão de viés positivista em que a confiança das instituições responsáveis pela gestão de risco se constitui no ponto central, separando assim, claramente, fatos de valores. O segundo eixo se baseia no questionamento sobre quais concepções norteiam o trabalho dos peritos, que segundo a autora vem se constituindo em um território de uma nova sociologia.

A autora acrescenta: “O interesse coletivo não é assumido como algo óbvio, mas como produto de negociações, alianças e conflitos sociais” (Guivant, 2005, p. 50). Com efeito, nessa concepção a técnica não representa necessariamente uma fonte de progresso, mas uma ferramenta para a construção de um mundo comum.

Com efeito, o termo governança vem sendo usado conectado a diversos campos do conhecimento como nas Ciências Sociais e mais particularmente nas Ciências Econômicas e Políticas. A primeira está relacionada com a governança corporativa e a na segunda em relação a governança do Estado, sendo utilizado no

sentido de ampliar conceitos e significados em que o termo “governo” mostra-se insuficiente (SANTOS et al, 2004).

Para Teixeira (2004) a definição de governança é expressa por meio do gerenciamento por parte de toda sociedade dos seus negócios políticos, econômicos e sociais, assim o bom uso de seu patrimônio sociocultural e ambiental no presente e garantindo-os para gerações futuras.

Outra forma de conceber governança foi à constituída pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, uma das primeiras cidades brasileira a desenvolver uma política de governança solidária. As diversas dinâmicas sobre noções e renovações do processo de conceituação de Governança em Porto Alegre vêm colhendo um novo entendimento por meio dos movimentos e das diversidades locais o que gerou gradualmente a construção de um conceito de governança que definiu-se como um “Processo que promove um ambiente social de diálogo e cooperação, com alto nível de democracia e conectividade, estimulando a constituição de parcerias entre todos os setores da sociedade, através do protagonismo do cidadão gestor, ativo, empoderado e capacitado para perseguir e alcançar o desenvolvimento sustentável e governar” (Busatto, 2005 P.04).

Portanto o conceito leva em conta as características e as realidades locais, a territorialidade, o desenvolvimento local, capital social e capital humano, intersetorialidade, parcerias e empoderamento, dentre outros valores.

Nesse sentido, busca-se compreender e reconhecer a abrangência dos conceitos de governança nos diversos campos do conhecimento e particularmente nas abordagens sociopolíticas que são mais convenientes para esse estudo. Dessa forma entende-se por governança para o lócus dessa pesquisa “o processo por meio do qual as sociedades ou as organizações tomam decisões importantes, determinam quem deve ser envolvido e como devem prestar contas.” (SANTOS et al; 2004, p.288).

Essa definição de governança a situa como um processo onde as tomadas de decisões e prestações de contas estão alicerçadas em elementos formais como constituição, legislação, portanto em um contexto particular, mas na prática os elementos não formais como as tradições, códigos não escritos na sociedade são igualmente importantes na determinação do funcionamento da governança.

Portanto é uma definição que se insere na proposta legal de criação e institucionalização dos conselhos de saúde como instâncias deliberativas nas políticas de saúde. É da natureza dos conselhos deliberar a respeito de assuntos que dependem, muitas vezes, de saber especializados. Mas a literatura demonstra que nem sempre os conselheiros dispõem de conhecimentos adequados para contribuir de forma efetiva nos processos decisórios dependentes de saber técnico, embora tenham legitimidade para participar das deliberações.

Paese et al (2010) ao analisarem as relações entre a sociedade civil e a política social, tendo com foco os conselhos de saúde, a governança e o empoderamento com estruturas de análises.

No que diz respeito à tomada de decisões, os autores sinalizam fortemente para um problema que está diretamente relacionado a governança e ao empoderamento dos atores envolvidos nas deliberações dos conselhos. É um problema de governança, pois os limites de saber especializado, de certa forma bloqueiam a participação ativa dos atores em discussões que demandam esse tipo de conhecimento, restringindo aos peritos o processo de tomada de decisão, com reflexos sobre a transparência desses colegiados. É um problema de empoderamento uma vez que a assimetria de conhecimento especializado limita o entendimento e o controle dos atores sobre os processos que influenciam suas condições de vida (PAESE et al, 2010).

Com um dos cinco princípios que definem a boa governança (EDGA; MARSHALL; BASSETT, 2006) a legitimidade e voz, e, portanto a participação reflete uma etapa decisiva para a governança, desde que incorpore os pontos de vistas daqueles que usufruirão dos resultados das ações da organização.

Nesse sentido, a diversidade de atores sociais que compõem os conselhos e tomam parte das decisões participativas, incorporam visões e pontos de vistas diferentes, mas que podem contribuir com os resultados finais, tendo em vista o sinergismo que pode ser estabelecido entre os atores.

Essa pesquisa, considerando a bibliografia consultada sobre governança, corrobora com Paese et al (2010) quando declaram que no debate sobre governança o empoderamento está imbricado, uma vez que a eficácia de uma

participação ativa nos conselhos de saúde não depende em si da legitimidade de seus atores, mas é função de suas capacidades, sejam elas políticas ou técnicas.

Acredita-se também, que para otimizar o desenvolvimento da discussão acerca da democracia participativa, reforma do Estado, saúde pública e governança, faz-se necessário refletir sobre o conceito de empowerment presente na literatura, que nos auxiliará no foco deste estudo que tem como lócus os Conselhos de Saúde.

2.3 EMPODERAMENTO NA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

O termo empoderamento é originário do conceito estadunidense empowerment e, por não existir em nossos dicionários uma expressão equivalente para o termo, sua aplicabilidade tem provocado muitas discussões e gerado controvérsias nas diversas áreas do conhecimento em que é utilizado.

No Brasil, o termo *empowerment* apresenta um caráter polissêmico, exigindo pesquisa nas teorias existentes e em suas conseqüentes aplicabilidades.

A utilização indiscriminada do termo empowerment nas mais diversas áreas do conhecimento como Educação, Sociologia, Ciências Políticas e Saúde Pública, mostram duas dimensões essenciais: a educativa e a política, que mesmo apresentando visões de mundo e propósitos sociais diferentes são também responsáveis pela orientação de ações e concepções de empoderamento (BARQUERO, 2005).

Buscando fazer uma aproximação da tradução para a língua portuguesa do termo empowerment, da forma como foi utilizado pelo educador brasileiro Paulo Freire, encontram-se duas expressões: empoderamento e apoderamento, que geram conteúdos semânticos distintos e levam a traduções errôneas da obra escrita em inglês. Do ponto de vista linguístico as expressões empoderamento e apoderamento compartilham o mesmo radical, *poder*, e agregam o sufixo *mento* e o prefixo *a* ou *em*, no entanto, semanticamente, verifica-se o seu antagonismo.

A expressão apoderamento sugere um processo estático, no sentido de que é algo externo ao próprio sujeito que o toma para si, sem que haja um conhecimento

prévio, colocando-o na posição de apoderado. Já a expressão empoderamento designa a noção de um processo dinâmico, construído a partir das práticas produzidas pelos próprios sujeitos em suas realidades sociais, muito diferente dos significados encontrados na literatura em que empoderar tem o sentido de “transferir” ou “tomar posse” de elementos que possibilitem a estes transitar nas tomadas de decisões da coletividade. Ademais, empoderamento é utilizado no sentido de fornecer subsídios que possam levar pessoas ou grupos a ultrapassarem os limites da consciência ingênua, despertando-os para a consciência crítica e para um posicionamento como indivíduo histórico e situado em seu contexto social (IGRASSIA & MEIRELES, 2006).

Como tentativa de compreender a ambiguidade linguística do termo “empoderamento” utilizado na língua portuguesa, assim como de explicar a nossa escolha teórica em relação à ideia de “empoderamento” presente na concepção de Glenn Laverack, faz-se necessário discutir, brevemente, a origem desse conceito.

A concepção de empowerment tem suas raízes na Reforma Protestante realizada pelo monge Martinho Lutero no século XVI e na livre tradução da bíblia para o alemão, que possibilitou aos que não dominavam o latim realizarem suas leituras do livro sagrado e, assim, tornarem-se proativas de sua religiosidade. Nessa perspectiva, a ideia transmitida às pessoas pelo *empowerment* é a de proatividade, de protagonistas diante de um contexto dado, logo, o acesso à bíblia em sua língua materna (o alemão) permitia o acesso ao poder da informação e do conhecimento que por muito tempo ficou restrito a um pequeno grupo dominante (BARQUERO, 2005).

Contemporaneamente, empowerment está relacionado à ideia dos movimentos sociais. Primeiramente, no movimento feminista e na ideologia de “ações sociais”, presentes nos países de capitalismo central a partir da década de 1950. Depois, nas lutas pelos direitos civis na década de 1970. Já nesse período esse conceito é influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos anos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 1990, recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania em distintas esferas da vida social, entre elas, a da saúde (CARVALHO, 2004).

Neste trabalho empoderamento é reconhecido tanto por sua dimensão processual, quanto por seu resultado, pois compreende-se que nem sempre o processo alcança a ação esperada. Esse reconhecimento faz-se importante tendo em vista, principalmente, o campo onde foi feita a sua aplicação, o da saúde, em que processos e resultados estão permanentemente interligados tendo em vista o bem comum.

Barquero identifica três formas de empoderamento: o individual, o organizacional e o comunitário. O empoderamento individual está relacionado com variáveis de natureza psicossocial que produzem o aumento da autoestima e geram a autoafirmação no indivíduo. São esforços e iniciativas desenvolvidas pelas próprias pessoas no intuito de melhorarem suas condições de vida.

O empoderamento organizacional envolve a autoridade concedida a alguém para fazer mudanças no trabalho em si e na forma como ele é desenvolvido. Portanto, envolve procedimentos da empresa que visam uma maior articulação dos empregados no processo de tomada de decisões das organizações com a finalidade de melhorar o desempenho.

Já no empoderamento comunitário, a autora ressalta a importância de um processo de capacitação de indivíduos ou grupos desfavorecidos que o levem a uma articulação de interesses e participação comunitária, visando uma plena cidadania e influência nas políticas públicas. No campo da saúde, a autora alega que é possível melhorar a qualidade de saúde e de vida da população, desenvolvendo programas comunitários de cuidados de forma individual ou coletiva com grupos de risco, não alterando as relações de poder (BARQUERO, 2005).

A análise do empoderamento proposta por Paulo Freire e Shor (apud Barquero, 2012) incide nas relações de poder que perpassam o indivíduo e configuram-se em uma ação coletiva, por meio da interação entre indivíduos, que envolve, necessariamente, a luta de poderes presentes nas relações sociais visando transformações políticas, econômicas e sociais.

Na perspectiva freireana, o empoderamento individual, fundado numa percepção crítica sobre a realidade social, é fundamental, mas tal aprendizagem precisa ter relação com a transformação mais ampla da sociedade. A pergunta que se coloca, segundo Freire (2003), é “a favor de quem e contra quem eles usam sua nova liberdade na aprendizagem e como é que essa se relaciona com os outros para transformar a sociedade” (BARQUERO, 2012, p. 181).

Nesse sentido, o empoderamento comunitário pode ser caracterizado como um processo e um resultado de uma ação social em que indivíduos ou grupos em interação adquirem consciência crítica sobre a realidade. Nessa etapa são geradas as capacidades, as habilidades pessoais e sociais que possibilitam a transformação das relações de poder presentes na sociedade, ocasionando um efetivo compromisso com a mudança do status quo e a produção de sujeitos.

Laverack (2004), teórico e pesquisador da área da saúde, especificamente do campo da Promoção da Saúde, considera o poder e o empoderamento como bases importantes para o desenvolvimento da promoção da saúde individual e comunitária. Seus trabalhos buscam realizar uma análise da realidade que possa gerar uma prática política transformadora no campo da saúde, tendo por base os conceitos de poder e empoderamento. O autor define poder como capacidade de incitar ou resistir a mudança e o empoderamento como o processo que confere mais poder às pessoas.

É importante ressaltar que Laverack (2004), baseado em sua experiência e em uma revisão minuciosa da literatura, toma o poder e a sua transformação no tema central da prática da promoção da saúde. A essência do seu trabalho está voltada para a concepção de uma promoção da saúde “empoderada”.

O autor busca distanciar-se do conceito de Promoção da Saúde definido pela Carta de Ottawa “como um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controle e a responsabilidade da sua saúde”, argumentando que os indivíduos podem aumentar o seu poder, que é de fundamental importância para o processo, mas define que o seu interesse maior é pelo empoderamento visto enquanto um fenômeno da comunidade ou do grupo.

2.3.1 Poder

Para fins analíticos desta pesquisa buscou-se a concepção de poder de Laverack (2004) que o expressa em uma perspectiva social levando-se em consideração três aspectos, positivos e negativos: o primeiro aspecto do poder

caracterizado pelo autor é o poder interior que o descreve como uma experiência em “si próprio”, uma sensação de integridade, um poder pessoal, empoderamento individual ou empoderamento psicológico que é caracterizado como uma conquista/sensação de controle da própria vida, muito próximo da primeira forma de empoderamento de Barquero (2005).

O segundo aspecto caracterizado por Laverack (2004), é o poder superior que normalmente é descrito como uma relação social em que uma das partes exerce o controle e a influência sob outra. No entanto, ressalta-se que o poder superior pode ser exercido de forma positiva, salvaguardando a saúde da sociedade de modo coletivo através de legislações específicas, formuladas e executadas pelo poder estatal. O poder superior pode assumir diversas formas, sendo as mais recorrentes o domínio ou controle sobre o processo de escolha das pessoas que se expressa por meio da força ou ameaça; a exploração que se manifesta pelas relações econômicas e, por último, a hegemonia que se caracteriza, grosso modo, pelo poder de um grupo dominante em controlar as ações e os comportamentos de outros. As pessoas que vivem em condições de opressão e exploração inferiorizam essas condições e tomam-nas com de sua responsabilidade, aumentando sua autoculpa e diminuindo sua autoestima. As outras formas que expressam o poder superior são a coação e o consentimento, que ocorrem quase sempre de modo dissimulado ou desviam as relações genuínas de poder da maneira como funcionam.

Laverack (2004) caracteriza o terceiro e último aspecto do poder social como partilhado, descrevendo-o como um conjunto de relações sociais em que o poder superior de pessoas ou do grupo é deliberadamente usado para aumentar o poder interior de outras e não para dominá-los ou explorá-los. Nessa perspectiva, só ocorre a transformação do poder superior em poder partilhado quando as pessoas ou grupos submissos da relação alcançam poder interior suficiente para que possam tomar suas decisões e fazer suas escolhas. O autor alega que o uso transformador do poder superior exige uma autovigilância e autodisciplina por parte de todos envolvidos na relação, mas, principalmente, daqueles que detinham o domínio.

Laverack (2004), ainda caracteriza e descreve outros dois tipos de poder: o poder “soma zero” e o poder “soma não-zero”, tomando por base os três aspectos de poder acima mencionados.

De acordo com autor, o poder “soma zero” baseia-se em uma perspectiva de entidade finita, caracterizado por uma situação de perde/ganha e relacionado com a influência que é usada para consolidar a posição de uma pessoa ou de um grupo em detrimento ou enfraquecimento de outra pessoa ou outro grupo e que, geralmente, envolve os aspectos econômicos e políticos, expressos na forma de autoridade e de *status*. Ressalta-se, aqui, a questão do grau de flexibilidade de modo que uma pessoa pode ter autoridade e status em uma determinada situação e não em outra e também as formas sociais e os privilégios dominantes, como a classe, o gênero e as origens étnicas. Esse tipo de poder é hegemônico nas sociedades ocidentais.

Ainda segundo Laverack (2004), o poder “soma não-zero”, caracteriza-se por ser uma entidade infinita e em franca expansão. Esse tipo de poder equivale a uma situação ganhar/ganhar, uma vez que este poder corresponde a ideia de que se uma pessoa ou um grupo ganha, outros grupos ou outras pessoas ganham também, expressa-se na forma de respeito, de generosidade, de ajuda ao próximo, de liberdade de fluxo de informações e de compromisso ético e de justiça social, e funda-se na transformação do poder superior em poder interior e poder partilhado, conforme descrito acima. Para o autor, o conceito de impotência ou falta de poder nesse contexto constitui-se elemento fundamental, seja ele real ou imaginário.

O conceito de impotência pode ser individual e está relacionado ao fato de uma pessoa não poder determinar os resultados que pretende, sendo uma interação entre a pessoa e o seu meio ambiente. Abrange diversas atitudes e sentimentos como a autculpa, a desconfiança generalizada, a falta de liberdade política e a vulnerabilidade econômica. Pode ser vista também como resultado de uma aceitação passiva ou objeto influenciado pelo meio ambiente excluindo-se da participação e da construção da realidade social.

Para Laverack (2004), o empoderamento de pessoas e grupos ocorre pela transformação do poder superior em poder interior e poder partilhado, constituindo uma forma positiva de poder que tem por finalidade atingir um objetivo específico, como o de proporcionar transformações políticas e sociais nas comunidades em que esse tipo de poder se faz presente.

O empoderamento comunitário abrange dois conceitos: comunidade e empoderamento. Busca-se agora compreender o conceito de comunidade para o âmbito deste trabalho.

2.3.2 Comunidade

A literatura apresenta definições contraditórias de comunidade, mas que apresentam algumas características em comum, como área, laços comuns, ação coletiva e interação social entre seus membros. Também é necessário reconhecer que o significado de comunidade pode variar de região para região, de pessoa para pessoa, assim como pode abranger dimensões sociais, geográficas ou demográficas.

Nesse sentido, para este escopo, define-se a comunidade como constituída por indivíduos heterogêneos que agem coletivamente com um fim determinado “como existindo em grupos organizados, que são suficientemente importantes para os seus membros individuais, que eles próprios identificam, em parte, com a sua associação de grupo” (LAVERACK, 2004 p.58). Segundo o autor, essa interpretação ocorre porque dentro das áreas geográficas e espaciais da comunidade podem existir várias comunidades, assim como cada indivíduo pode pertencer a diversas comunidades ao mesmo tempo.

Embora a comunidade seja constituída por indivíduos heterogêneos, o grupo ganha poder através desse processo, pelo interesse e pela preocupação comum, deixando de lado as diferenças individuais.

Como anteriormente mencionado, tanto a literatura internacional, quanto a nacional apresentam diversas definições para o empoderamento comunitário, mas em sua grande maioria em uma perspectiva psicológica. Rissel (1994) acrescenta mais um nível no empoderamento psicológico ao seu conceito de empoderamento comunitário: um componente de ação política que se realiza através da participação dos membros que constituem o grupo e concretiza-se pela redistribuição dos recursos e pelas tomadas de decisões que favorecem a comunidade.

Já Israel (1994) inclui um terceiro aspecto aos componentes psicológicos e políticos de Rissel. Caracterizado como um nível intermediário e denominado empoderamento organizativo, a sua análise baseia-se na teoria da gestão democrática, na qual as organizações “empoderadas” são aquelas em que seus membros partilham informações e controlam as decisões, constituindo um elo fundamental entre as pessoas “empoderadas” e uma ação política eficiente.

Dessa forma, o empoderamento comunitário inclui três componentes: os indivíduos, também conhecido como empoderamento psicológico, as organizações e as grandes transformações políticas e sociais.

Para Wallerstein (apud Laverack, 2004) há um sinergismo entre esses três níveis de empoderamento comunitário determinado como um fenômeno pessoal e de grupo.

Um processo de ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidade na concretização de objetivos tais como um maior controle individual e comunitário, eficácia política, melhor qualidade de vida e justiça social (WALLERSTEIN, 1992, apud LAVERACK, 2004, p. 60).

A partir do conceito de empoderamento comunitário acima descrito, verifica-se dois pontos importantes: o empoderamento comunitário como um processo contínuo que representa as formas de ações sociais e coletivas e a consciência crítica sobre sua realidade agregada à comunidade, que vai ao encontro da ideia de empoderamento de Paulo Freire (apud Barquero, 2012).

Nessa perspectiva, o empoderamento pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas ou como mudanças em direção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder (LAVERACK & LABONTE, 2000), sendo esta concepção de empoderamento comunitário adotado com referencial teórico-metodológico neste trabalho.

2.3.3 Empoderamento segundo Laverack

Segundo Laverack (2004), a sistematização do empoderamento comunitário como modelo contínuo é composto por cinco fases e abrange os seguintes

elementos: (1) a ação pessoal ou “empoderar” os indivíduos para a ação pessoal; (2) o desenvolvimento de pequenos grupos ou “empoderar” os indivíduos para desenvolver pequenos grupos dinamizadores; (3) as organizações comunitárias ou empoderamento de grupos para o desenvolvimento de organizações comunitárias; (4) a sociedade ou “empoderar” organizações comunitárias para desenvolver parcerias e (5) a ação social e política ou “empoderar” as comunidades para agirem socialmente e politicamente.

Esse modelo contínuo é uma forma simples e linear de interpretação de um conceito dinâmico e complexo articulado com vários níveis de empoderamento, que vai do pessoal e passa para o organizativo por meio da ação coletiva, isto é, da ação da comunidade. Cada fase pode representar um resultado e também um avanço para a fase seguinte, caso isso não ocorra, o resultado é visto como estagnação.

O passo mais importante do modelo contínuo para o processo de empoderamento comunitário é a criação das organizações comunitárias, pois é nessa fase que os indivíduos podem desenvolver as capacidades necessárias para a liderança e mobilização de recursos, assim como para a problematização de temas e a consciência crítica (LAVÉRACK, 2004).

O autor faz uma breve explicação de cada uma das cinco fases do modelo contínuo, relacionando os aspectos importantes das ações que podem resultar em comunidades mais “empoderadas”. Considera-se os conselhos de saúde, objeto de estudo desta pesquisa, como sendo uma organização ou uma comunidade que se encontra na fase cinco do modelo contínuo de Laverack (2004), não cabendo, para os propósitos dessa pesquisa, explicações mais detalhadas sobre as ações “empoderadoras” de todas as fases.

Assim, o propósito do empoderamento comunitário é fomentar transformações sociais e políticas que gerem impacto na ordem e autonomia de decisões nas pessoas ou nos grupos. Os domínios do empoderamento constituem uma forma diferente para desenvolver alvos e fazer avançar o empoderamento, isto é, podem descrever os atributos de uma comunidade mais “empoderada”.

3 METODOLOGIA

A proposta metodológica de Laverack (2004) apresenta as seguintes suposições: (1) ser participativa, todos têm papéis e responsabilidades bem definidas, distanciando-se de uma abordagem em que a participação é usada apenas como retórica, gerando uma participação injusta ou ilícita. Na prática, a participação permite que todos os interessados possam expressar seus pontos de vista e suas experiências. Parte-se de pressuposto de que cada participante tem opiniões diferentes e a metodologia permite que os participantes tenham uma relação idêntica, facilitando o envolvimento de todos e promovendo discussões e interações entre eles; (2) ser uma experiência “empoderadora”, promovendo a ampliação das capacidades de indivíduos heterogêneos com os mesmos interesses e preocupações, visando sensibilizá-los para os problemas sociais e políticos mais gerais e seus elementos estruturais. Descreve-se sucintamente, a seguir, as fases da metodologia de Laverack (2004).

A primeira fase da metodologia constitui-se de observação e discussão, anterior à apreciação do empoderamento comunitário (caso seja necessário, pode-se fazer uma adaptação conforme as exigências do grupo em estudo, normalmente as alterações e adaptações são de ordem social ou cultural). A segunda fase é a apreciação propriamente dita, a ser descrita posteriormente na parte metodológica deste trabalho.

A terceira fase abrange o desenvolvimento de um plano hábil para o empoderamento comunitário, cujo objetivo é traçar estratégias juntamente com os participantes, com mudanças positivas para cada um dos nove domínios do empoderamento comunitário, por intermédio de três atividades: (1) uma discussão acerca de como melhorar a situação atual; (2) o desenvolvimento de uma estratégia para melhorar a situação atual e (3) a identificação dos recursos necessários para o desenvolvimento da estratégia.

Em relação à primeira atividade, após a apreciação dos domínios, os participantes devem decidir coletivamente sobre qual estratégia, sendo essa decisão tomada para cada um dos domínios separadamente. Caso os participantes

compreendam que a situação atual não requer melhorias, não haverá desenvolvimento de estratégias.

Na segunda atividade, após a escolha da melhor estratégia, os participantes devem detalhá-la em termos de alcance prático. Na terceira atividade, os participantes devem analisar os recursos internos e externos necessários e disponíveis que possam auxiliar na melhoria da situação encontrada, como os recursos financeiros, de assistência técnica, os equipamentos e a formação. A quarta fase refere-se ao acompanhamento e a reapreciações e tem como base uma matriz detalhada fornecida pelo mediador aos participantes para guiar as futuras discussões, os planejamentos e as ações (LAVÉRACK, 2004).

Laverack (2004) propõe uma aproximação viável à ideia de avaliação do empoderamento comunitário por meio de domínios operacionais. As ideias residem na identificação e interpretação de nove áreas de influências, a saber: (1) participação, (2) liderança, (3) estrutura organizacional, (4) problematização da realidade, (5) mobilização de recursos, (6) relacionamento cooperativo entre redes, (7) consciência crítica, (8) implementação de programas e projetos e (9) papel dos especialistas.

Esses domínios operacionais estabelecem uma ligação entre os elementos interpessoais, como o controle individual, o capital social e a coesão da comunidade, e as dimensões política, sociocultural e econômica da comunidade que ocorrem por meio de um processo contínuo de empoderamento e que se baseiam na revisão da literatura, apresentada acima, sobre desenvolvimento, empoderamento e ampliação de capacidades da comunidade. Os nove domínios descritos estão explicitados na tabela 1.

Tabela 1 – Os nove domínios do empoderamento

DOMÍNIO	CONTEÚDO
PARTICIPAÇÃO	É essencial para ao conceito de empoderamento. Está relacionada com a organização de pequenos ou grandes grupos voltados para assumir maiores responsabilidades em relação à apreciação de suas necessidades e de seus problemas.
LIDERANÇA	A Liderança e Participação estão intimamente relacionadas. A capacidade de conduzir e liderar outras pessoas acontece naturalmente quando há uma forte participação nas bases. De forma simultânea, a participação baseada em instruções e estruturas deve resultar em uma figura de liderança. Uma liderança qualificada, bem como a participação, é importante para o desenvolvimento de uma comunidade

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	Estrutura Organizacional incluem pequenos grupos de pessoas que se reúnem para compartilhar preocupações, demandas e problemas. O nível e a forma como as organizações funcionam têm relevância singular para o empoderamento comunitário.
PROBLEMATIZAÇÃO DA REALIDADE	O empoderamento reside na identificação dos problemas, desenvolvimento de soluções e de estratégias para resolvê-los, sendo estas etapas executadas pela comunidade. Para isso, a comunidade pode ou não precisar de novas aptidões e competências.
MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS	Refere-se à capacidade de mobilizar recursos internos e de negociar recursos externo, assim como o poder de controlar as decisões em relação à distribuição das mesmas. Uma comunidade que possui essa característica apresenta índice elevado de competência e organização.
RELACIONAMENTO COOPERATIVO ENTRE REDES	Contatos e trabalhos cooperativos em redes com outros indivíduos e organizações podem ajudar a lidar com as demandas de uma comunidade. Isso inclui, por exemplo, parcerias, coalizões e alianças voluntárias com outras instituições ou outra comunidade.
CONSCIÊNCIA CRÍTICA	Refere-se à capacidade de apreciar criticamente as causas contextuais do “desempoderamento” e de desenvolver ações e estratégias que provoquem mudanças pessoais, política, econômica e social, baseada na consciência crítica, sendo esse domínio o que mais se aproxima da ideia de empoderamento de Paulo Freire.
IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	A comunidade é a parte interessada e, portanto, deve controlar e decidir o planejamento, a implementação, a avaliação, a participação e a resolução de conflitos na gestão de projetos e programas. O primeiro passo para que os projetos e programas sejam conduzidos por membros da comunidade é a presença de papéis claramente definidos, como responsabilidades e características de lideranças dos membros envolvidos.
PAPEL DOS ESPECIALISTAS	Os especialistas no contexto dos projetos são muitas vezes uma ligação importante para obtenção de recursos. São particularmente relevantes no início de um novo projeto. Os especialistas e os financiadores devem transformar a relação de poder que existe entre estes, as autoridades públicas e a comunidade para que esta ganhe mais autoridade sobre o projeto.

Fonte: Adaptado de Fernandes Neto (2010) e Laverack (2004)

A Noção de avaliação do empoderamento comunitário baseada nos nove domínios de Laverack (2004) e explicada na tabela acima, ainda considera uma Escala de Classificação do Empoderamento, utilizada pelo autor em seus estudos.

Essa Escala de Classificação consiste em uma graduação que caracteriza cinco declarações que representam uma descrição dos vários níveis de empoderamento relacionados a cada domínio. Assim, o primeiro indica pouca identificação, já o quinto, uma identificação plena. Escolhendo um nível de cada vez,

os participantes devem eleger a declaração que mais bem descreve a situação atual da sua comunidade.

O autor mostra de forma detalhada essa metodologia, sendo que a novidade consiste em possibilitar um meio que permita transformar as apreciações realizadas para cada domínio em uma ação. Assim, realiza-se a utilização dos nove domínios como um ponto de convergência para traçar as metas e os objetivos, isto é, para um planejamento estratégico.

Na tabela 2 apresenta-se a Escala de Classificação do Empoderamento, segundo Laverack (2004).

Tabela 2 – Matriz da Escala de Classificação do Empoderamento

Dimensão	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Participação	Nem toda a comunidade participa em atividades e reuniões. P.ex.: faltam mulheres, jovens ou homens.	Comunidade participa em reuniões, mas não discute ou faz qualquer contribuição	Comunidade discute, mas não se envolve na tomada de decisões de planejamento e implantação.	Comunidade envolvida na tomada de decisões, planejamento e etc. Existe mecanismo para intercambiar informações entre si.	Comunidade participa e toma decisões. Envolve-se em atividades fora do contexto dela própria.
Liderança	Algumas organizações da comunidade estão sem uma liderança clara.	Existe uma liderança disponível em todas as organizações da comunidade, mas em algumas ela não é efetiva	As organizações trabalham sob uma liderança efetiva. Algumas não têm o apoio de outros atores fora da comunidade.	A liderança assume a missão apoiada pela sua organização, exigindo uma formação especializada para os membros	A liderança assume para si automaticamente a tomada de iniciativa. Ambiente favorável para trabalhar com parceiros externos e viabilizar recursos
Estrutura Organizacional	A comunidade não possui nenhuma organização. Faltam comitês, grupos de trabalho, grupos de voluntariado.	Existem organizações criadas pela comunidade, mas não estão ativas	Existem organizações ativas na comunidade. Possuem estruturas para congregar os seus membros.	Muitas organizações na comunidade possui relações de parceria entre si.	As organizações estão envolvidas em atividades e decisões dentro e fora da comunidade. Elas participam ativamente na sua e em outras organizações.
Problematização da Realidade	Não existe uma problematização da realidade pela comunidade.	A comunidade carece de habilidades e conhecimento para efetuar uma problematização da realidade, analisando o seu contexto	A comunidade tem competências e habilidades. Identifica-se a problematização da realidade e priorização deste contexto por ela. Nem todas as áreas ou grupos se envolvem	A comunidade identifica os problemas, soluções e ações. A problematização da realidade é usada para planejar o caminho a ser seguido.	A comunidade deve realizar uma problematização contínua da realidade para buscar soluções e ações para tal. Portanto, tem a responsabilidade individual e controle sobre os progressos e problemas
Mobilização de Recursos	Não há mobilização na Comunidade e tampouco o uso de recursos próprios.	Somente os membros mais influentes da comunidade aproveitam os recursos disponíveis para a comunidade.	A comunidade possui cada vez mais recursos disponíveis, mas não há consenso sobre a sua utilização. Os recursos possuem uso restrito.	Recursos previstos são utilizados fora da comunidade. Discussões sobre a distribuição existem, mas a distribuição dos recursos ainda não ocorre de forma justa.	Quantidades significativas de recursos são aplicados e a comunidade decide sobre sua aplicação. Os recursos são partilhados de forma equitativa

Dimensão	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Consciência Crítica	Não há grupos de discussão para examinar e tomar decisões sobre questões importantes	Discutem, examinam e tomam decisões sobre questões importantes e levantam o conhecimento existente.	Alguns grupos de discussão têm a capacidade de estabelecer pressupostos para refletir sobre as ideias e atividades. O conhecimento existente pode ser criticamente analisado.	Diálogo entre os diferentes grupos da comunidade para identificar soluções e realizar o monitoramento e análise. Existem experiências realizadas com o intuito de tentar encontrar soluções	Os grupos da comunidade têm melhorado a capacidade de auto-análise que serve para intensificar seus esforços durante um determinado período de tempo. Isto leva a uma mudança coletiva.
Relacionamento cooperativo entre redes	Não existem contatos com outras organizações e indivíduos.	Comunidade tem laços informais com outras organizações e indivíduos, mas que não têm nenhum propósito claramente definido.	A comunidade tem construído conexões que não estão integradas apenas nas atividades do município e desenvolvimento da comunidade	Existem redes de reciprocidade que estão envolvidas em atividades de desenvolvimento comunitário. Elas são baseadas no respeito e cooperação mútua.	As redes abrem novos recursos e financiamento com o intuito de atrair novos membros para a tomada de decisões que levem a melhorias na comunidade.
Papel dos Especialistas	Os especialistas têm controle sobre as decisões estratégicas, finanças, recursos e avaliação de programas e projetos.	Especialistas estão no controle, mas discutem com a comunidade. Eles agem em nome de uma liderança local para atingir objetivos. Comunidade sem poder de decisão	Especialistas e comunidade a tomam decisões em conjunto. Não há mútuo consentimento sobre as responsabilidades de cada um.	A comunidade toma decisões com a ajuda de especialistas. Os especialistas fazem a mudança por meio de capacitação e apoio às iniciativas locais.	Os especialistas atuam em processos atuais de mudança, a pedido da comunidade, que tem o poder de decisão. Especialistas atuam em nome da comunidade para a formação de competências.
Implantação de programas e projetos	Programas e projetos são geridos e mantidos por especialistas externos.	Programas e projetos são geridos e mantidos por especialistas externos, discutidos com a comunidade.	Programas e projetos implantados pela comunidade e pelos especialistas atuantes. Tomada de decisão em conjunto. Papéis claramente definidos. Não houve treinamento especial para gestão de competências	Programas e projetos são administrados pela comunidade nas áreas de planejamento, estratégia, execução e avaliação. Comunidade desenvolveu senso de responsabilidade e competências para atuarem programas e projetos, com ajuda de especialistas.	Comunidade administra os projetos em si, independentemente da ação de especialistas.

Fonte: Adaptado de Fernandes Neto (2010) e Laverack (2005)

Vale ressaltar que há uma sobreposição conceitual entre empoderamento comunitário, ampliação da capacidade da comunidade e desenvolvimento comunitário, no entanto, neste trabalho esses conceitos são tratados como sinônimos, uma vez que descrevem um processo que aumenta os bens e os predicados a que uma comunidade pode recorrer para melhorar sua vida, podendo também incluir a sua saúde.

O processo de empoderamento comunitário por meio dos domínios operacionais busca melhorar o planejamento e a avaliação estratégica, assim como fortalecer a comunidade através da organização e mobilização dos seus membros, visando promover transformações políticas e sociais.

Os pontos centrais, segundo o autor, para medir o empoderamento comunitário são: (1) o conceito de comunidade desde que interpretado por indivíduos ou grupos heterogêneos que tenham os mesmos interesses e as mesmas preocupações; (2) a consideração do empoderamento comunitário como um processo; (3) o reconhecimento dos nove domínios do empoderamento comunitário como uma forma simples de definir e medir esse conceito; (4) uma metodologia participativa em que todas as partes interessadas tenham funções e responsabilidades bem definidas.

3.1 TIPO E CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo é orientado pela concepção teórica da pesquisa qualitativa e foi desenvolvida, por meio de uma oficina, junto a quatro Conselhos Regionais de Saúde (CRS) de quatro Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal (DF), a saber: RA IX – Ceilândia; RA X – Guará; RA XV - Recanto das Emas e RA XXIII – Varjão.

A escolha dos conselhos foi aleatória, buscou-se adequar a coleta de dados com a reunião ordinária dos Conselhos de Saúde, o interesse e a disponibilidade dos conselheiros em participar da pesquisa.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 38 conselheiros membros efetivos de 4 Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal que responderam ao questionário e participaram da identificação, de maneira individual e coletiva, das alternativas que mais bem representavam a situação atual do Conselho de Saúde de que faziam parte, tendo por base os domínios e os níveis do empoderamento.

3.2.1 Caracterização das Regiões Administrativas dos Conselhos

3.2.1.1 Região Administrativa do Conselho de Saúde “A”

A população urbana estimada da Região Administrativa do Conselho de Saúde, aqui denominada A, era de 125.703 habitantes em 2011, segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD 2010/2011)¹.

Segundo a mesma pesquisa, nessa RA o abastecimento de água pela rede geral e o serviço de limpeza urbana já estão universalizados. 99,8% dos domicílios têm acesso à rede de esgoto. 80,8% dos domicílios desta RA utilizam algum tipo de filtro e 12,5% consomem água mineral. 99,6% dos domicílios contam com ruas asfaltadas e 99,6%, com rede de água pluvial.

Quanto à caracterização da população urbana, 15,7% têm até 14 anos de idade, 66,7% têm entre 15 a 59 anos e 17,6% têm 60 anos ou mais. A maior parte da população é constituída por mulheres (54,9%).

Nessa RA, 28,5% dos seus habitantes são estudantes, sendo que 52,6% frequentam escolas particulares. No quesito grau de instrução, 0,9% não são alfabetizados, 25,8% têm o ensino médio completo e 23,7% possuem nível superior

¹ Todos os dados referentes às regiões administrativas estudadas foram retirados do PDAD 2010/2011.

completo, incluindo curso de especialização, mestrado e doutorado. A renda domiciliar média da população é de R\$ 6.051,00, que corresponde a 11,1 Salários Mínimos (SM) e a renda per capita é de R\$ 1.853,00, correspondente a 3,4 (SM).

Ao analisar a distribuição da renda bruta mensal domiciliar, segundo as classes de renda, constata-se que em 29,3% dos domicílios situa-se entre 10 a 20 SM, em 28% entre 5 a 10 SM e em 14,4% acima de 20 SM. Em relação ao plano de saúde, 36% dispõem de plano empresarial, 15,4%, de plano individual e 48,6% não contam com este serviço.

Esta RA encontra-se sob a coordenação da Diretoria Regional de Saúde (DRS), Centro Sul e conta com 1 Hospital Regional, 3 Centros de Saúde, 2 Postos de Saúde Urbanos, 1 Centro de Atenção Psicossocial álcool e Drogas (CAPAS AD), 1 Laboratório Regional e 1 Núcleo de Inspeção Sanitária.

3.2.1.2 Região Administrativa do Conselho de Saúde “B”

A população urbana da Região Administrativa do Conselho de Saúde, aqui denominada B, era estimada em 5.371 habitantes em 2011. Os serviços públicos de abastecimento de água, esgoto sanitário, coleta de lixo, estão universalizados.

Quanto ao consumo de água potável, 69,4% dos domicílios utilizam algum tipo de filtro e 10,3% consomem água mineral. Nessa RA, 98,7% dos domicílios contam com ruas asfaltadas e 98,7%, com rede de água pluvial. Chama a atenção o fato de que 20,3% domicílios não contam com qualquer tipo de filtro.

Dos 5.371 habitantes, 29,6% têm até 14 anos de idade e 65,4% encontram-se na faixa etária de 15 a 59 anos. A população feminina abrange 51,1% do total. Nessa RA, 36,1% são estudantes que, em sua maioria (93,5%), frequentam escolas públicas.

Em relação ao grau de instrução, 2,9% dos moradores declararam não ser alfabetizados, 46% disseram ter o ensino fundamental incompleto, 15,2%, o ensino médio completo e apenas 1,8%, o curso superior completo, incluindo cursos de especialização.

No que concerne aos benefícios sociais, 17,2% dos domicílios recebem Bolsa Família, 7,5% Bolsa Escola, 3,9% Bolsa Social e 3,6% Nosso Pão, Nosso Leite. Os demais benefícios totalizam 2,8%².

No tocante ao plano de saúde, 96,8% da população não contam com este serviço. Apenas 2,7% possuem plano empresarial e 0,5%, plano individual.

A população da RA é atendida pela RA I (Brasília - Asa Sul) que encontra-se na DRS Centro Norte e dispõe, apenas, de 1 Centro de Saúde com especialidade em Clínica Médica.

3.2.1.3 Região Administrativa do Conselho de Saúde “C”

A Região Administrativa do Conselho de Saúde, aqui denominado C, surgiu em decorrência de uma política urbana de Erradicação de Favelas. Possui uma área urbana de 29,10 Km² e está subdividida em diversos setores. Sua população estimada era de 398.374 habitantes em 2011, conforme a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD 2010/2011).

Relativamente aos serviços públicos prestados, como abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo, há uma tendência a sua universalização, uma vez que praticamente 100% dos 106.037 domicílios urbanos dispõem desse serviço e, embora 19,9% da população utilizem fossa séptica, 17,6% não usufruem do serviço de limpeza urbana. Nessa RA 79,9% dos domicílios possuem ruas asfaltadas e 78,2% dispõem de rede de água pluvial.

A RA apresenta uma alta taxa de densidade demográfica, 13.689 habitantes/Km², superior à do Distrito Federal que é de 9.701,27 habitantes/ Km². Do total de habitantes, 24,5% têm até 14 anos de idade, 64,3% concentram-se no grupo entre 15 a 59 anos e 11,2% encontram-se na faixa etária acima dos 60 anos. A maior parte da população, leia-se 52%, é constituída por mulheres.

² Vale ressaltar que as informações acerca dos benefícios sociais foram prestadas pelos moradores, não coincidindo, necessariamente, com o número de famílias cadastradas pelo Governo.

Da população total 30,9% são estudantes e cerca de 3/4 estudam em escolas públicas. Em relação ao grau de instrução, 36,4% possuem somente o ensino fundamental incompleto, 4,5% concluíram o curso superior, incluindo mestrado e doutorado, e apenas 3% declararam não ser alfabetizadas. No tocante aos benefícios sociais, 4,8% dos domicílios recebem Bolsa Família, 3,4%, Bolsa Escola e 2,8% dos moradores utilizam o restaurante comunitário. Relativamente ao plano de saúde, apenas 11% da população possuem plano empresarial, os 80,9% restantes não contam com este serviço.

A assistência à saúde da população dessa RA encontra-se sob a coordenação da DRS Oeste e conta com 1 Hospital Regional, 12 centros de saúde, 1 laboratório Regional que coleta e processa espécimes biológicos, 1 CAPS AD (que tem como público alvo adultos acima de 18 anos com abuso ou dependência de álcool ou droga) e 2 Postos de Saúde (um urbano com duas equipes da saúde da família e um rural com uma equipe da saúde da família). Essa Regional de Saúde apresenta ainda um Núcleo de Inspeção Sanitária.

3.2.1.4 Região Administrativa do Conselho de Saúde “D”

A Região Administrativa do Conselho de Saúde, aqui denominado D, possui uma área territorial de 101,48 Km² sendo 8,80 Km² e encontra-se localizada a 25,8 Km de Brasília. Sua população atual foi estimada em 125.206 habitantes.

Em relação aos serviços públicos de abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo, 100% dos 31.708 domicílios urbanos dispõem desses serviços. No que se refere ao consumo de água potável, 74,5% de todos os domicílios utilizam algum tipo de filtro e 17,2% dos domicílios não fazem uso de qualquer tipo de filtro.

Nessa RA, 99,4% dos domicílios contam com ruas asfaltadas, 89,9% possuem calçadas, 98,8% meios fios, 99,4% iluminação pública e 98,8% rede de água pluvial.

No tocante às características da população, 27,6% dos habitantes têm até 14 anos de idade, 66,5% entre 15 a 59 e 5,9% 60 anos ou mais. A maior parte da

população, 52%, é constituída por mulheres. No que diz respeito ao estado civil, 36,4% são casados e 31,9% são solteiros.

Nessa RA, 33,8% de sua população são estudantes, sendo que a grande maioria estuda em escola pública. Tendo em relação o grau de instrução da população, apenas 2,0% não são alfabetizadas, 39,3% têm o ensino fundamental incompleto e 2,1% possuem curso superior completo, incluindo mestrado e doutorado.

A renda domiciliar média da população é de R\$ 1.836,00, que corresponde a 3,6 Salários Mínimos (SM) e a renda per capita é de R\$ 512,00 (1,0 SM). Segundo as classes de renda, verifica-se que em mais de 1/3 dos domicílios a renda situa-se entre 2 a 5 SM, em 24% dos domicílios entre 1 a 2 SM e em 5,1% dos domicílios acima de 10 SM.

No que diz respeito aos benefícios sociais, 19,6% dos domicílios utilizam o restaurante comunitário, 7,3% recebem Bolsa Família e 6,4% Bolsa Escola.

Quanto ao plano de saúde, observa-se que 87% da população não contam com esse serviço, 10,1% possuem plano empresarial e, apenas 2,9%, o plano individual.

Esta RA é coordenada pela DRS Centro Sudeste e possui 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 2 Centros de Saúde e 1 Clínica da Família com mais ou menos 20 equipes.

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para o levantamento dos dados apresentados neste estudo fez-se uso, como estratégia metodológica, de uma oficina com os conselheiros de cada um dos 4 Conselhos de Saúde participantes.

O material elaborado para a oficina foi uma cartilha em que descrevemos os domínios e os níveis do empoderamento baseada na proposta metodológica de Laverack (2004): (1) preparação e aperfeiçoamento da definição prática de empoderamento, (2) apreciação de todos os domínios do empoderamento, (3) planejamento estratégico de cada domínio e (4) acompanhamento, incluindo reapreciação e comparação da evolução.

Esta pesquisa utilizou a primeira e a segunda fase acima mencionadas. Foi utilizada uma oficina como estratégia metodológica e foi apresentada aos conselheiros uma cartilha com cinco histórias fictícias de Conselhos de Saúde que descreviam os domínios e os níveis do empoderamento.

Como para cada domínio existem cinco níveis de empoderamento, as cinco histórias fictícias dos conselhos apresentadas ilustra o grau de identificação com o domínio. Essas histórias foram organizadas a partir do grau crescente de identificação, em que o nível 1 corresponde a pouca identificação do empoderamento e, o último, o nível 5, a muita identificação.

Nas histórias apresentadas, os Conselhos de Saúde encontram-se assim distribuídos com relação ao seu grau de identificação com os domínios do empoderamento, a saber: o Conselho de Saúde número I encontra-se no nível 1 para todos os domínios. O Conselho de Saúde número II, no nível 2. O Conselho de Saúde número III, no nível 3. O Conselho de Saúde número IV, está no nível 4. E o Conselho de Saúde número V encontra-se no nível 5 para todos os domínios do empoderamento. (apêndice A).

Após a entrega da cartilha aos conselheiros, foram fornecidas as explicações necessárias para a realização da oficina. Posteriormente, solicitou-se que realizassem uma leitura minuciosa e individual das cinco histórias apresentadas.

Ao final da leitura convida-se os conselheiros a registrarem em uma ficha, elaborada com os nove domínios e os cinco níveis correspondentes, as alternativas que mais bem representavam a situação atual do Conselho de Saúde de que faziam parte.

Essa etapa da metodologia foi composta por dois momentos: no primeiro convidou-se o conselheiro a identificar a situação do seu Conselho de Saúde em uma ficha individual (apêndice B). No segundo, os conselheiros sentavam-se em círculo e discutiam a respeito de cada um dos nove domínios do empoderamento (apêndice B).

Finalizada a etapa anterior, solicitou-se aos conselheiros que respondessem a um questionário sociopolítico (apêndice C).

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

As perguntas do questionário sobre o perfil sociopolítico dos conselheiros foram tratadas manualmente e de modo individual para cada um dos quatros Conselhos de Saúde estudados. Os dados dos 38 conselheiros que participaram do estudo foram consolidados e como forma de apresentação optou-se para análise estatística descritiva usando frequência, média e proporções ou porcentagem. Os dados obtidos de forma coletiva e consensual dos domínios e dos níveis do empoderamento foram tratados de modo conjunto e apresentados em um único gráfico.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e aprovado sob Parecer de nº 018/2011 (Anexo A). Buscando atender a Resolução N°196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos conselheiros, garantindo-lhes sigilo e anonimato sobre as informações prestadas. As informações relativas aos conselhos de saúde pesquisados também possuem caráter sigiloso. Foram utilizadas as letras “A”, “B”, “C” e “D” para nomear os conselhos e as respectivas Regiões Administrativas.

4 RESULTADOS E DISCUSÃO

4.1 PERFIL SOCIOPOLÍTICO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE

Buscou-se conhecer o perfil sociopolítico dos conselheiros de saúde por compreendermos a necessidade e a importância desses dados para a operacionalização efetiva das atribuições dos conselhos de saúde pesquisados, sobretudo em virtude da complexidade e da dinâmica desse colegiado. Foram analisadas as respostas de 38 conselheiros de 4 CRS do DF. A seguir, apresenta-se e discute-se os dados coletados.

Em relação aos participantes (Figura 1), 55,3% dos conselheiros são do sexo masculino, o que corrobora os dados encontrados por Pereira (2010a), que analisou o perfil dos conselheiros de saúde da Região Integrada do Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal (RIDE-DF) onde a maioria, 59,5%, era do sexo masculino.

Ao mapear recursos para o empoderamento/participação em 4 conselhos municipais gestores de Saúde, Assistência Social, Segurança alimentar e Nutrição do Idoso em Itajaí (SC), Wendhausen et al. (2006) encontraram a representação equivalente entre homens e mulheres apenas no Conselho Municipal de Saúde, tendo as mulheres representação maior nos outros três conselhos.

Pode-se inferir, tendo por base os dados analisados nos Conselhos Regionais de Saúde do DF, que os homens ainda são os que mais participam nesses colegiados.

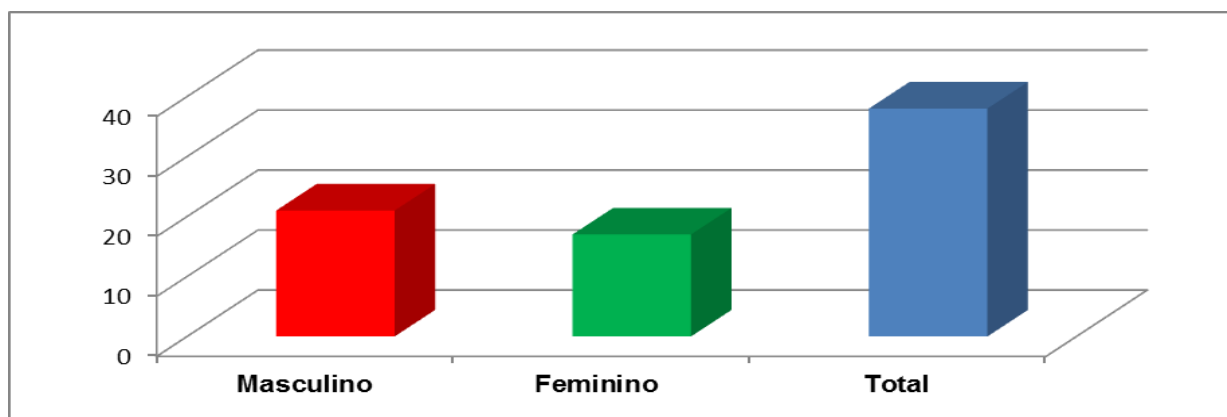


Figura 1 – Representação dos conselheiros por sexo

A faixa etária (Figura 2) predominante nos CRS do DF situa-se entre os 50 a 59 anos (44,7%).

Wendhausen (2002), ao pesquisar o Conselho Municipal de Saúde de Itajaí (SC), encontrou essa mesma situação. Já na pesquisa de Pereira (2010a), 65,3% dos conselheiros da RIDE-DF tinham entre 30 a 49 anos.

Figueredo (2005) aponta a fase adulta como a melhor para representar o conselho, já que é nessa idade que as pessoas estão mais maduras, apresentando maior produtividade e responsabilidade. Por outro lado, a ausência de representantes jovens nos conselhos pode estar relacionada à falta de articulação dos conselhos com os movimentos sociais e as associações de bairro, gerando um baixo pluralismo na diversidade dos segmentos dos usuários, uma vez que nos demais segmentos a representatividade é quase sempre exercida por pessoas com mais idade. Embora haja outros fatores que influenciem e interfiram no processo participativo, a idade acima dos 30 anos parece ser um elemento favorável à participação.

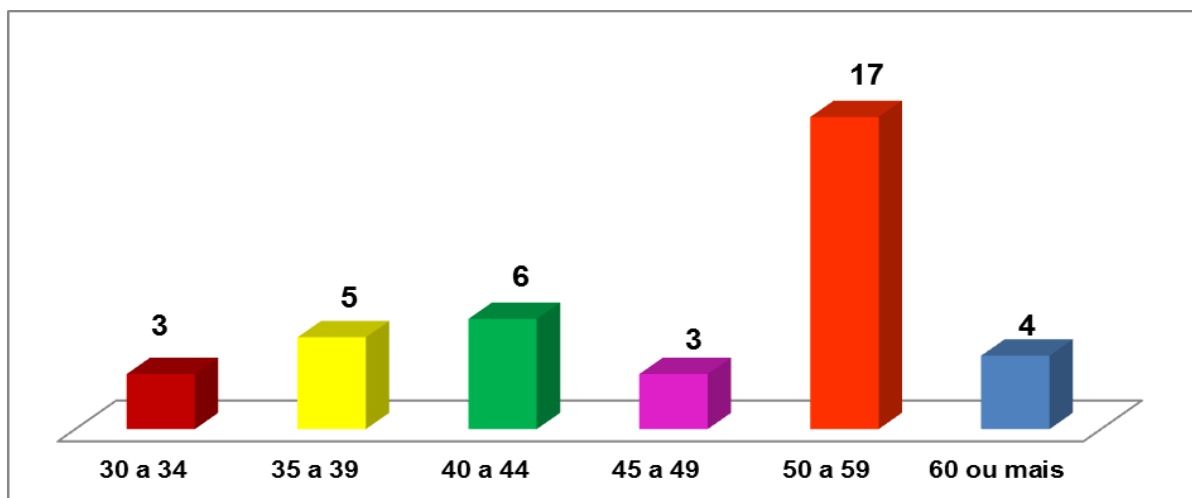


Figura 2 – Faixa etária dos conselheiros

Em relação ao grau de escolaridade (Figura 3), observa-se que a maioria dos conselheiros possui curso universitário completo ou incompleto (45%), que 16% fizeram pós-graduação e que 10% têm o ensino fundamental completo. Somando os conselheiros graduados e pós-graduados (60,5%), observa-se que os conselhos de saúde pesquisados apresentam um alto grau de escolaridade entre seus representantes.

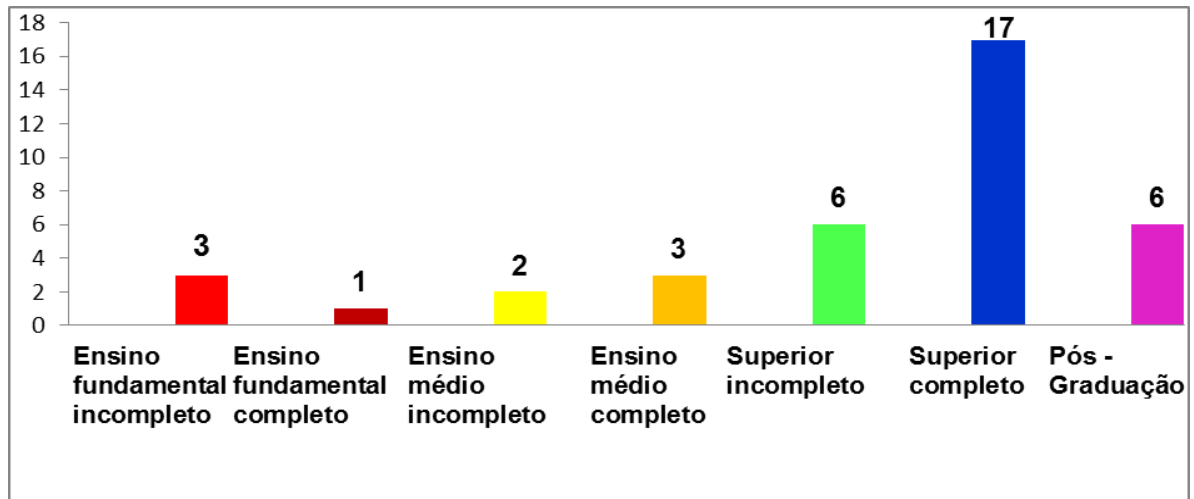


Figura 3 – Grau de escolaridade

Esses dados vão ao encontro dos dados encontrados por Pereira (2010a) e Wendhausen et al. (2006), 50% e 66%, respectivamente, possuem curso universitário completo ou incompleto. A alta escolaridade dos conselheiros de saúde é um elemento que gera bastante discussão e que pode ser tomado como algo positivo ou negativo.

Para Klebe (2007), a escolaridade superior ao ensino fundamental é bastante positiva para o empoderamento individual e coletivo nos conselhos locais de saúde, assim, quanto maior o grau de escolaridade dos conselheiros, mais preparados eles encontram-se para debater e decidir nas reuniões.

Demo (2001) enfatiza a importância da escolaridade para a participação e defende a educação para a formação de cidadãos como um dos canais de participação. Por meio da educação, o indivíduo desenvolve seu potencial e sua criatividade em relação ao seu universo.

Entretanto, Wendhausen et al. (2006) apontam que a alta escolaridade dos conselheiros pode sugerir outra interpretação, como a de que somente os “letrados” conseguem adentrar nos espaços políticos, e ressaltam que se este for o caso, há que se indagar se eles são de fato representativos e legítimos em relação aos anseios dos grupos a que pertencem. Caso essa hipótese seja confirmada, colocar-se-á em risco o desenvolvimento de uma prática “empoderada” nos conselhos.

Além dos resultados do grau de escolaridade apresentados, há que se levar em consideração os diferentes segmentos que compõem os conselhos. Assim, no segmento governamental há médicos, enfermeiros, odontólogos e outros profissionais

com curso superior e alguns com pós-graduação. Em relação ao segmento usuário, encontram-se aqueles que possuem o ensino fundamental ou médio e têm seu espaço assegurado nos conselhos de saúde, em que podem debater e fazer valer seus direitos.

É preciso também compreender como essa diferença de conhecimento pode influenciar nas decisões desse colegiado, visto que os conselhos de saúde são espaços de interesses diversos e saberes diretamente relacionados com o que pode manifestar-se por meio do “discurso competente”, referido por Wendhausen (1999) em seu estudo de caso sobre conselho de saúde. A autora constata que uma das formas de silenciamento de um segmento de usuários realiza-se através do discurso em linguagem técnica ou profissional, ou de autoridade acerca de determinados temas na área da saúde por segmentos especializados, que passam à margem do conhecimento e da compreensão do segmento usuário.

A pesquisa de Pereira (2010b) sobre a representação social dos conselheiros de saúde membros dos CRS do DF destaca três representações do controle social na saúde do DF na percepção desses conselheiros: (1) atenção primária como política externa, (2) compras de serviços privados e (3) conselhos subordinados e a parte do processo decisório. Essa terceira representação pode relacionar-se diretamente com o “discurso competente” de outros segmentos ou mesmo daqueles que não participam dos conselhos como membros, mas ocupam cargos técnicos no governo como secretários de saúde, diretores de unidades de saúde, que exercem forte influência sobre a pauta, os temas e as discussões operadas nos conselhos do DF. Outro fator importante para essa percepção dos conselheiros pode estar relacionada com a falta de estrutura administrativa e funcional desses colegiados que, atualmente, são totalmente dependentes do poder executivo.

Assim, observa-se claramente uma assimetria de poder no interior dos conselhos entre o segmento dos usuários e os demais segmentos. Esse desequilíbrio está relacionado a diversos fatores, entre os eles o “discurso competente” e a linguagem técnica. Outro fator importante que está na essência dessa problemática é a ausência de equidade e, portanto o “desempoderamento” do grupo menos favorecido ou das vítimas do “discurso competente”.

Há que se trabalhar os domínios do empoderamento proposto por Laverack (2004) nos conselhos de saúde, principalmente, as seguintes questões: a transformação ou ao compartilhamento de poder entre seus participantes objetivando sua equidade, mobilização de recursos para que esses colegiados possam desenvolver sua autonomia política, administrativa e financeira; a apreciação de problemas desprovidos de interesses pessoais ou de grupo, mas em prol do conjunto da população e que a mesma possa, por meio dos seus representantes, apontar os problemas e identificar as soluções de maneira crítica e o incentivo de parcerias, coligações e alianças com outras instituições, associações e outros conselhos, trabalhando em redes e cooperando entre si na solução de problemas.

No que diz respeito à profissão ou à ocupação dos conselheiros que participaram desse estudo (Figura 4), observa-se que 58% são funcionários públicos e 21% dos conselheiros que atuam nos conselhos de saúde pesquisados são aposentados ou pensionistas.

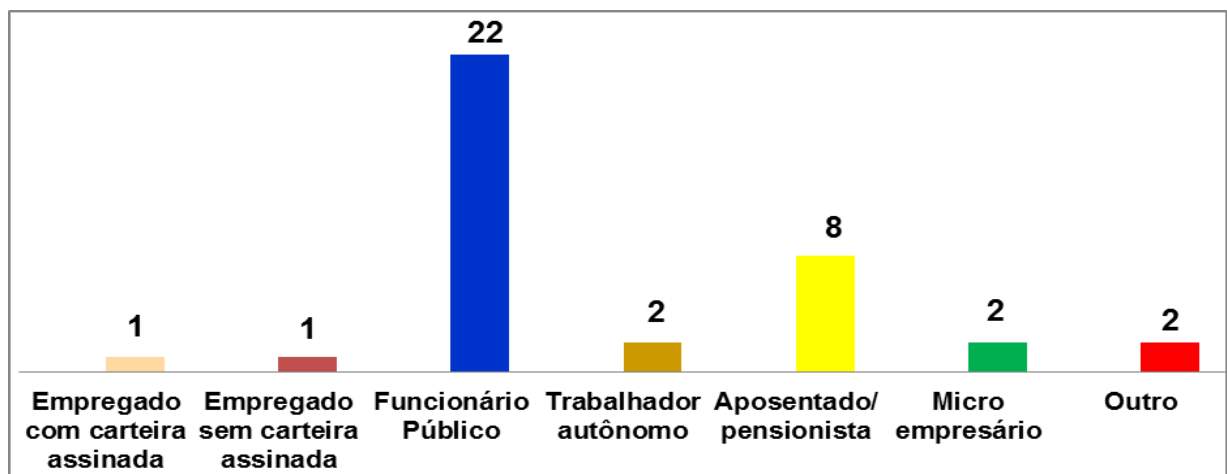


Figura 4 – Profissão ou ocupação

Pereira (2010a), em seu estudo com os conselheiros da RIDE-DF encontrou 61,5% de funcionários públicos como membros dos conselhos investigados, evidenciando uma certa similaridade com os nossos dados.

Os conselhos de saúde são instâncias de participação em que a escolha dos representantes ocorre pela via indireta, isto é, a indicação dos indivíduos aos conselhos de saúde acontece por meio de instituições e associações sociais interessadas em participar.

Cada instituição deve ser eleita em fórum próprio do segmento e assim, indicar seus representantes ao colegiado de acordo com o número de vagas disponíveis no Regimento Interno, sendo a representatividade do segmento usuário paritária nos demais segmentos.

Esse dado pode demonstrar que a ocupação majoritária de funcionários públicos relaciona-se com a indicação desses profissionais pela Secretaria de Saúde do DF e pelas entidades dos trabalhadores na área de saúde. Assim como pode estar relacionada à escassa presença dos representantes de prestadores de serviço privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Para Cortez (2007), a contribuição dada por profissionais especializados é positiva, quando participam de forma ativa nos conselhos, uma vez que, a princípio, conhecem bem o funcionamento dos serviços e do sistema de saúde. Mas torna-se preocupante a possibilidade desse grupo influenciar a agenda com assuntos ou temas de saúde específicos, levando a um desequilíbrio da agenda, em detrimento das verdadeiras necessidades da população.

Entretanto, a segunda ocupação representada por aposentados ou pensionistas, em sua grande maioria representantes do segmento usuário, evidencia um grande interesse dessa categoria em participar das discussões e das decisões políticas no campo da saúde como representantes sociais na luta por melhores condições de vida e de saúde tanto para si quanto para a comunidade que representam.

Conforme a legislação vigente, a composição dos conselhos de saúde é paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, e é composta por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, de prestadores de serviços de saúde e do governo.

O número de conselheiros é definido pelos conselhos de saúde, constituído em lei e as vagas devem ser distribuídas da seguinte forma: 50% a entidades e a movimentos representativos de usuários, 25% a entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% a representação do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012).

Relativamente à composição dos conselhos pesquisados, observa-se um desequilíbrio entre os segmentos que os compõem (Figura 5).

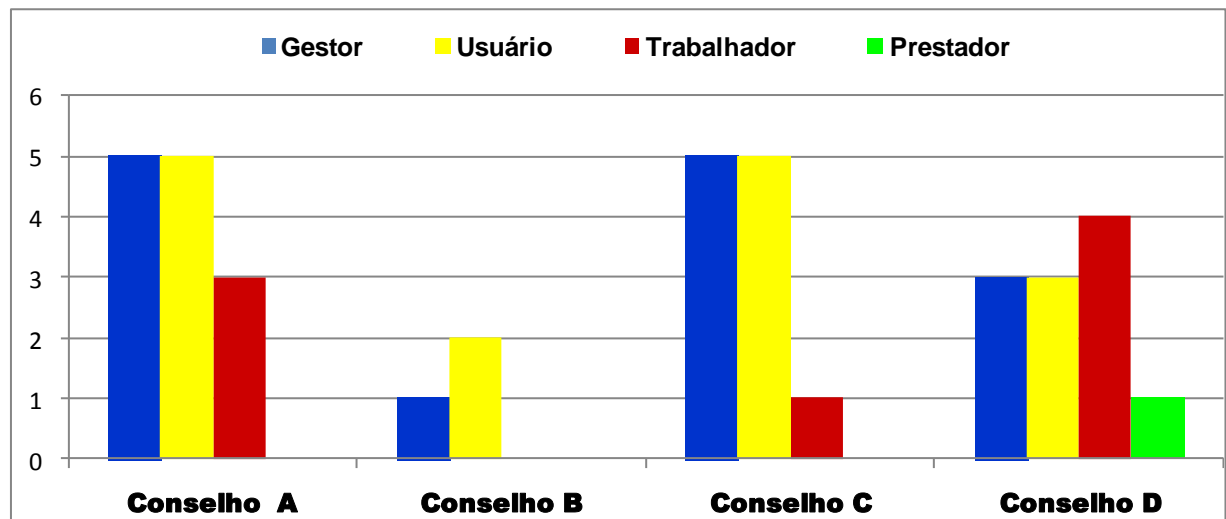


Figura 5 – Representação por segmento

No conselho de saúde “A”, encontramos 36,4% de representantes de usuários, sendo o mesmo número de representantes dos gestores e 23% de representantes dos trabalhadores. No conselho “B”, encontra-se 33,3% de representantes dos gestores, 67% dos usuários e nenhum representante dos trabalhadores. Já no conselho “C”, encontra-se os mesmos números do conselho “A” para representantes dos segmentos usuários e gestores e 9% para o segmento dos trabalhadores. No conselho de saúde “D”, encontra-se 36% dos profissionais de saúde, 27,2% de representantes de usuários e gestores e 9% de representantes de prestadores de serviços.

Os dados apontam para a garantia de paridade entre o segmento dos usuários e dos demais segmentos, mas verifica-se uma inadequação quanto ao segmento dos profissionais de saúde. Dos 38 conselheiros que responderam ao questionário, apenas 21% eram representantes dos profissionais de saúde.

Esses dados corroboram os resultados apresentados por Stralen et al. (2006) em um estudo realizado em municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, acerca da efetividade do controle social. Os autores observaram, também, uma sub-representação dos profissionais de saúde em três conselhos estudados, sugerindo que essa inadequação à legislação vigente pudesse estar relacionada à ausência ou à falta de mobilização dos órgãos de classe.

Cotta et al. (2010) em estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Viçosa (MG), também encontrou uma representação dos profissionais de saúde

abaixo do estabelecido pela legislação (9%), questionando a efetividade de atuação e a representatividade dos interesses dos diversos segmentos sociais no CMS.

O processo democrático de participação popular que se materializou na área da saúde com a criação dos conselhos de saúde e que garantiu as condições para a participação efetiva de todos os segmentos sociais na avaliação e no controle das políticas de saúde pode estar sofrendo de uma representatividade desequilibrada em relação à legislação. Assim, fica difícil pensar em uma verdadeira participação democrática, quando ocorre a ausência ou a pouca representatividade de algum dos segmentos que legalmente constituem o conselho, sobretudo quando acarreta o fortalecimento de algumas categorias em detrimento de outras.

Pode-se também inferir, a partir desse dado, o fortalecimento e a influência do segmento dos gestores nas deliberações dos CRS do DF em relação à política de saúde local que se materializa historicamente por meio do clientelismo, pelas relações de favor e pelo personalismo.

Os resultados encontrados por Pereira (2010b) no estudo sobre as representações sociais dos conselheiros dos CRS do DF, relacionados ao controle social, corroboram essa análise ao identificar duas ideias-força: (1) os conselhos de saúde não são reconhecidos como instâncias de participação no processo de tomada de decisão sobre a política de saúde local e (2) a não garantia de estrutura para ao funcionamento dos CRS do DF.

A autora ressalta que há uma diversidade de interesses no interior dos conselhos e que para alguns conselheiros os conselhos devem estar subordinados à gestão, por compreenderem que esses colegiados não são instâncias deliberativas.

Como efeito, percebe-se que nos CRS do DF predominam as atitudes e as ideologias daqueles que fazem a administração local e que as deliberações são um suposto poder, que, na prática, não se materializa em ações.

Portanto, existe uma lacuna entre o que é garantido legalmente e o que é realizado no cotidiano nos conselhos de saúde e isso se reflete nos CRS do DF, onde há pouca ou mesmo ausência de empoderamento, visto aqui no sentido de que suas decisões não são revertidas em ações práticas de saúde em benefício da população.

O tempo de mandato dos membros dos conselhos é, geralmente, estabelecido por regimento elaborado pelos próprios conselheiros que determinam, na maioria das vezes, mandatos de dois anos renováveis por igual período.

O tempo de mandato dos conselheiros dos CRS do DF pesquisados podem ser observados, um a um, na Figura 6.

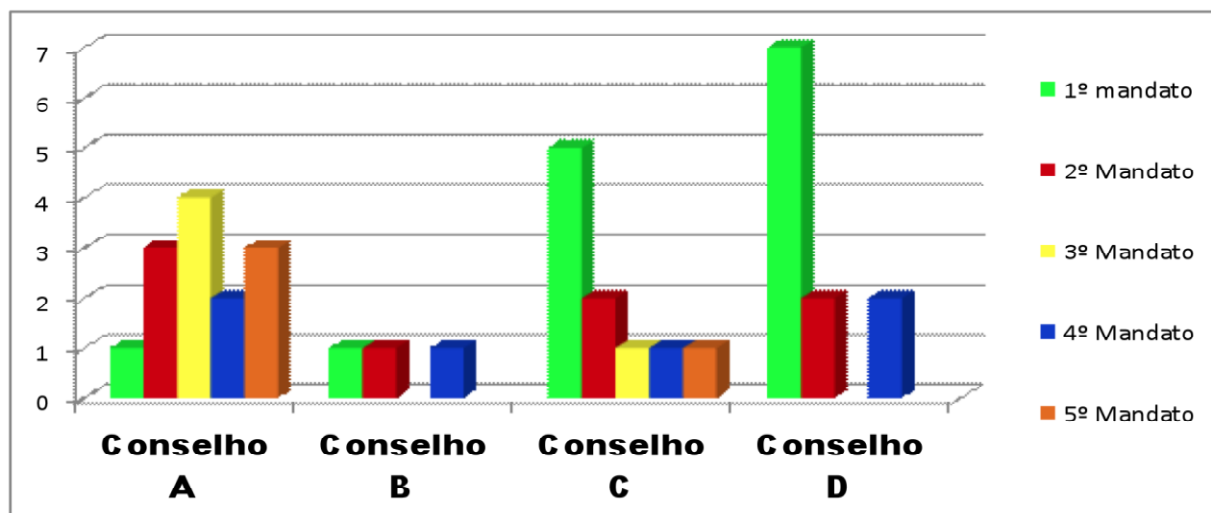


Figura 6 – Tempo de mandato

No conselho “A” existe uma predominância de conselheiros em terceiro mandato, o que representa 31% de seus membros, assim como há representantes em segundo e quinto exercício, o que equivale a 23% dos conselheiros. Os três conselheiros do conselho de saúde “B” estão, respectivamente, em primeiro, segundo e quarto mandatos. No que diz respeito ao conselho “C”, a maioria encontra-se no primeiro mandato, o que resulta em 45,4% dos participantes. O mesmo ocorre no conselho “D”, em que 7 conselheiros, ou seja, 64% vivencia a primeira gestão.

Em referência à renovação na participação dos membros, apenas o conselho “A” não apresentou mudanças no seu quadro de conselheiros. Torna-se bastante preocupante encontrar membros que estão participando desse conselho pela quarta gestão consecutiva, o que pode ser indicativo de uma insuficiência democrática no âmbito dos segmentos que compõem os conselhos, podendo levar ao desinteresse daqueles que se encontram fora do processo participativo e um interesse maior de outros em se perpetuarem no poder nessas instâncias.

De modo geral, 37% dos conselheiros participantes encontram-se no primeiro mandato. Essa situação assemelha-se ao cenário encontrado por Pereira (2010a) nos conselhos da RIDE-DE que foi de 36,5%.

É importante destacar que o processo de renovação constitui uma etapa importante para a participação política nos conselhos e para o exercício do controle social. A diversidade e a renovação dos participantes dos conselhos de saúde é saudável no processo democrático, uma vez que pode contribuir com novos olhares e saberes para a consolidação do exercício democrático no campo da saúde.

A constatação é que a maior parte dos conselheiros dos CRS do DF pesquisados estão exercendo essa função pela primeira vez, o que pode também demonstrar falta de conhecimento acerca do papel e das funções desempenhadas pelo conselheiro de saúde, podendo ser visto como uma estagnação ou retrocesso, no entanto, evita que interesses opostos ao da maioria da população usuária da saúde pública se cristalizem nessas instâncias.

A renovação pode possibilitar uma ruptura com as práticas cooperativistas e impositivas de grupos já estabelecidos nos conselhos, favorecendo o alargamento desse espaço democrático como colegiado que delibera e fiscaliza as políticas de saúde.

Vale ressaltar que no primeiro ano de gestão do conselheiro, a formulação de estratégias políticas de empoderamento podem-se mostrar mais interessantes para uma ação-reflexão-ação do conselheiro por meio de um processo educativo contínuo, em que o mesmo possa desenvolver habilidades para lidar com as deliberações, as fiscalizações, os marcos regulatórios dos serviços e os sistemas de saúde, assim como as responsabilidades exigidas para o exercício do controle social.

Em relação ao número de conselheiros que foram capacitados para a função, observa-se na Figura 7 uma variação. No conselho "A", constata-se que 70% conselheiros passaram por algum processo de capacitação, no entanto, 15% não receberam formação e 15% não se lembram. Os dados do conselho "B" apontam para os seguintes percentuais: 15% sem capacitação e 8% que não se lembram. Os conselhos "C" e "D" apresentaram as mesmas respostas, assim, 55% dos conselheiros receberam formação e 45% não passaram por nenhum processo de capacitação.

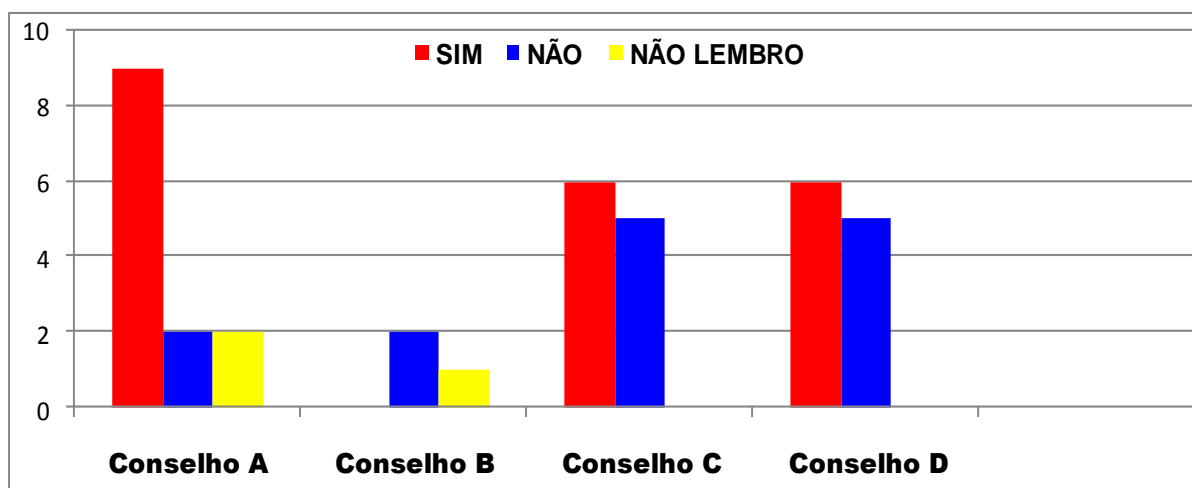


Figura 7 – Conselheiros que foram capacitados

Constata-se, a partir dos conselhos pesquisados, que 55% dos conselheiros obtiveram alguma capacitação, no entanto, a pesquisa limitou-se a perguntar se o conselheiro tinha ou não participado de algum tipo de capacitação, não entrando no mérito do conteúdo da mesma.

Pereira (2010a) no seu estudo em conselhos da RIDE-DE encontrou, entre os conselheiros facilitadores, um percentual ainda mais baixo, com apenas 9,8% dos conselheiros capacitados para exercer o mandato.

Já Wendhausen et al. (2006) constataram que 37% dos conselheiros tinham participado de algum tipo de capacitação para assumir a função.

A falta de capacitação dos conselheiros ou uma capacitação inadequada pode ser um forte indicativo da qualidade do controle social presente nos CRS do DF. Os conselhos de saúde devem ser vistos como espaços onde o poder e o saber devem ser partilhados e articulados entre os seus diferentes atores sociais.

Tendo em consideração Laverack (2004), pressupõe-se aos conselheiros habilidades e capacidades específicas formuladas através de uma educação permanente que leve em consideração a participação, os “saberes” e o processo de aprendizagem do educando por meio de uma metodologia que:

- (a) fortaleça a participação de bases comunitárias;
- (b) qualifique as lideranças para os debates e as tomadas de decisões de forma coletiva;
- (c) promova estratégias de reuniões e compartilhamentos de preocupações, demandas e problemas;

(d) promova a identificação dos problemas, o desenvolvimento de soluções e estratégias para resolvê-los;

(e) capacite os conselheiros a mobilizar recursos, controlar e decidir a distribuição dos mesmos elevando assim os níveis de competência e organização;

(f) proporcione aos conselheiros informações sobre trabalhos cooperativos em redes com outros conselhos, organizações e associações objetivando a formação de parcerias, coalizações e alianças;

(g) proporcione aos conselheiros a possibilidade de apreciar criticamente as demandas, funções, deliberações, fiscalizações e outras obrigações legais do conselho à luz de seu contexto e propor ações e estratégias que possam provocar mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que tenham como base essa consciência crítica acerca da realidade;

(h) estimule e capacite os conselheiros para a implantação de programas e projetos na área da saúde em que os mesmos possam decidir sobre o planejamento, a implantação, a avaliação e a resolução de conflitos dos mais diversos tipos, definindo papéis e responsabilidades e;

(i) promova a aproximação dos conselheiros com os especialistas para que estes possam auxiliá-los na transformação das relações de poder que existem entre os especialistas, as autoridades públicas e os conselheiros para que estes ganhem mais autoridade em suas decisões.

Todas essas estratégias visam “empoderar” os conselheiros de saúde por meio da construção do conhecimento e se espera que essas estratégias levem os conselheiros a transformar as relações de poder no interior dos conselhos, gerando o empoderamento necessário às mudanças de uma relação verticalizada e personalista, que se materializa naqueles que detêm o “discurso competente” para uma relação horizontal, que leve em consideração as demandas sociais em saúde da comunidade não como instrumento ou objeto, mas como sujeito desse processo de democracia participativa, na qual os conselhos estão inseridos. A relação horizontal deve ter por princípio a forma de poder “soma não-zero” que se baseia na ideia do compartilhamento de informações, na confiança, no desvelo, no respeito, na generosidade e no compromisso ético da justiça social.

O Empoderamento tem, nesse sentido, o objetivo de transferir poder para os grupos, incentivando-os a acessarem as informações, através de melhores recursos tecnológicos. Assim, o empoderamento significa “relação entre partes interessadas e faz com que a “comunidade” desenvolva a capacidade e as oportunidades de assumir o controle de tudo aquilo que influencia as suas vidas e a sua saúde” (LAVERACK, 2004, p. 46).

Com relação à importância da participação política dos conselheiros, constatou-se (Figura 8) que 79% consideram sua participação importante. Embora os dados demonstrem que a maioria dos conselheiros dos CRS do DF consideram sua participação nas reuniões como relevantes, poucos foram capacitados e muitos encontram-se em sua primeira gestão. Essas informações podem ser um forte indicador de que os conselheiros compreendem sua participação como ocorrendo de forma efetiva.

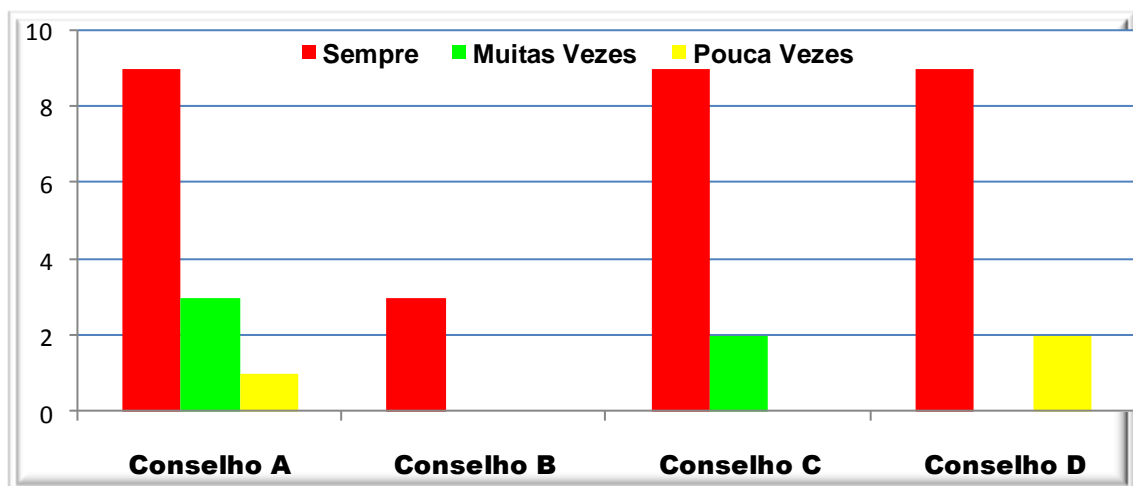


Figura 8 – Importância da participação nas reuniões

Perreira (2010b) identifica algumas fragilidades do processo participativo nos CRS do DF. O autor destaca que “a compreensão sobre participação apresenta-se difusa no texto analisado, uma vez que essa aparece por diversas vezes no campo representacional, associado ao sentido de vontade individual, em que cada um faz sua parte” (PEREIRA, 2010, p. 161).

A teoria democrática participativa requer que os indivíduos e suas instituições sejam vistos de forma conjunta e não isoladamente, e toma a educação, no mais amplo

sentido da palavra, como sua principal função, englobando habilidades e dimensões psicológicas.

Outro requisito básico da democracia participativa é que quanto mais os indivíduos participam, mais bem capacitados eles ficam para realizar e promover suas próprias qualidades e o efeito integrativo da participação favorece e auxilia a aceitação das decisões coletivas (PATEMAN, 1992).

Assim podemos inferir que o tipo de participação que ocorre nos CRS do DF é inadequada e insuficiente para garantir um processo participativo inerente aos conselhos.

A participação política de órgãos, entidades e movimentos sociais é legalmente assegurada nos conselhos de saúde e tem como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, assim como as especificidades locais, devendo, por isso, ser aplicado o princípio da paridade.

A participação de pessoas da comunidade por meio de suas entidades ou associações em fórum de participação democrática é fundamental para despertar o interesse político e possibilitar a formação de cidadãos conscientes da luta em defesa dos direitos a saúde.

Conforme Figura 9, os CRS do DF pesquisados possuem representantes de entidades participando do conselho.

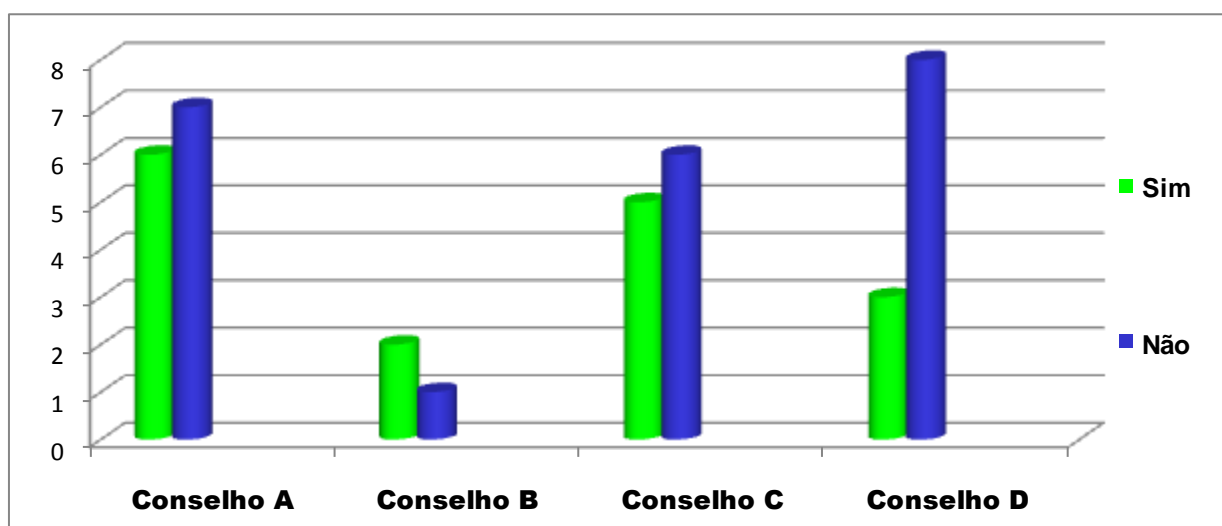


Figura 9 – Conselheiros representando instituições.

De modo geral, 45% dos conselheiros participam como representantes de alguma entidade ou associação. As mais frequentes em nosso estudo foram: Pastoral

da saúde, CAPS, portadores de deficiência, Prefeitura Comunitária, Associações de moradores de bairro, Centro de Referência de Assistência Social, Conselho Comunitário, Lions Clube, Associações de rádio Comunitário e Cia. de Teatro.

Considera-se os dados coletados em nossa pesquisa como um forte indicativo do avanço do ativismo político da sociedade civil organizada que teve como processo desencadeador a luta pela democratização do país em oposição ao regime autoritário que se instalou a partir de 1964. Lutas que, no campo da saúde, materializaram, na década de 1980, a saúde como um direito social assegurado constitucionalmente.

É assegurado também no texto constitucional de 1998 que os serviços e ações de saúde são de relevância pública e é composta por uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada que deve ser organizada com a participação da comunidade. Ressalta-se que esse processo de luta e de conquistas sociais teve como protagonista a sociedade civil organizada.

Pereira (2010a), em seu estudo com os conselheiros de saúde da RIDE-DF, identifica uma participação de baixa intensidade democrática do segmento dos usuários, mostrando a atuação em torno de ações imediatas, demandas focalizadas em carências de serviços, revelando ser um segmento de pouca tradição nos movimentos em defesa dos direitos sociais. No entanto, o autor mostra a disposição do segmento em qualificar-se para exercer a função de conselheiro, mostrando maior potencialidade para serem facilitadores de mudanças.

Compreende-se que a participação da comunidade nos conselhos de saúde, por meio de suas entidades e associações, tem a potencialidade de provocar mudanças de atitude nesses colegiados. Entende-se também que o empoderamento comunitário, por meio de seus domínios e níveis, pode constituir em um fator importante para as transformações necessárias de poder existentes nessas instâncias, além de contribuir para a consolidação da democracia via o controle social e, assim, garantir melhorias no campo da saúde.

4.2 OS DOMÍNIOS DO EMPODERAMENTO NA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE

O empoderamento comunitário, como ressaltado anteriormente, funda-se na concepção teórico-metodológica do pesquisador Laverack (2004). O objetivo de sua proposta metodológica é proporcionar uma discussão em que o empoderamento comunitário ultrapasse os aspectos teóricos e filosóficos presentes na maior parte da literatura sobre o tema. O pesquisador sugere um processo de avaliação prático, adotando os domínios (cf. capítulo 3) para transformar as informações coletadas em ações e planejamento futuros.

Para a realização desta pesquisa foram avaliados os domínios do empoderamento comunitário na perspectiva dos conselheiros dos CRS do DF, objeto desta investigação. Dessa forma, foi aplicada a metodologia proposta de forma a possibilitar que os conselheiros refletissem coletivamente sobre o cenário dos conselhos que representavam, tendo sempre os domínios e níveis do empoderamento como referência e fizessem os respectivos registros. Optou-se por uma única apresentação dos conselhos pesquisados (Figura 10).

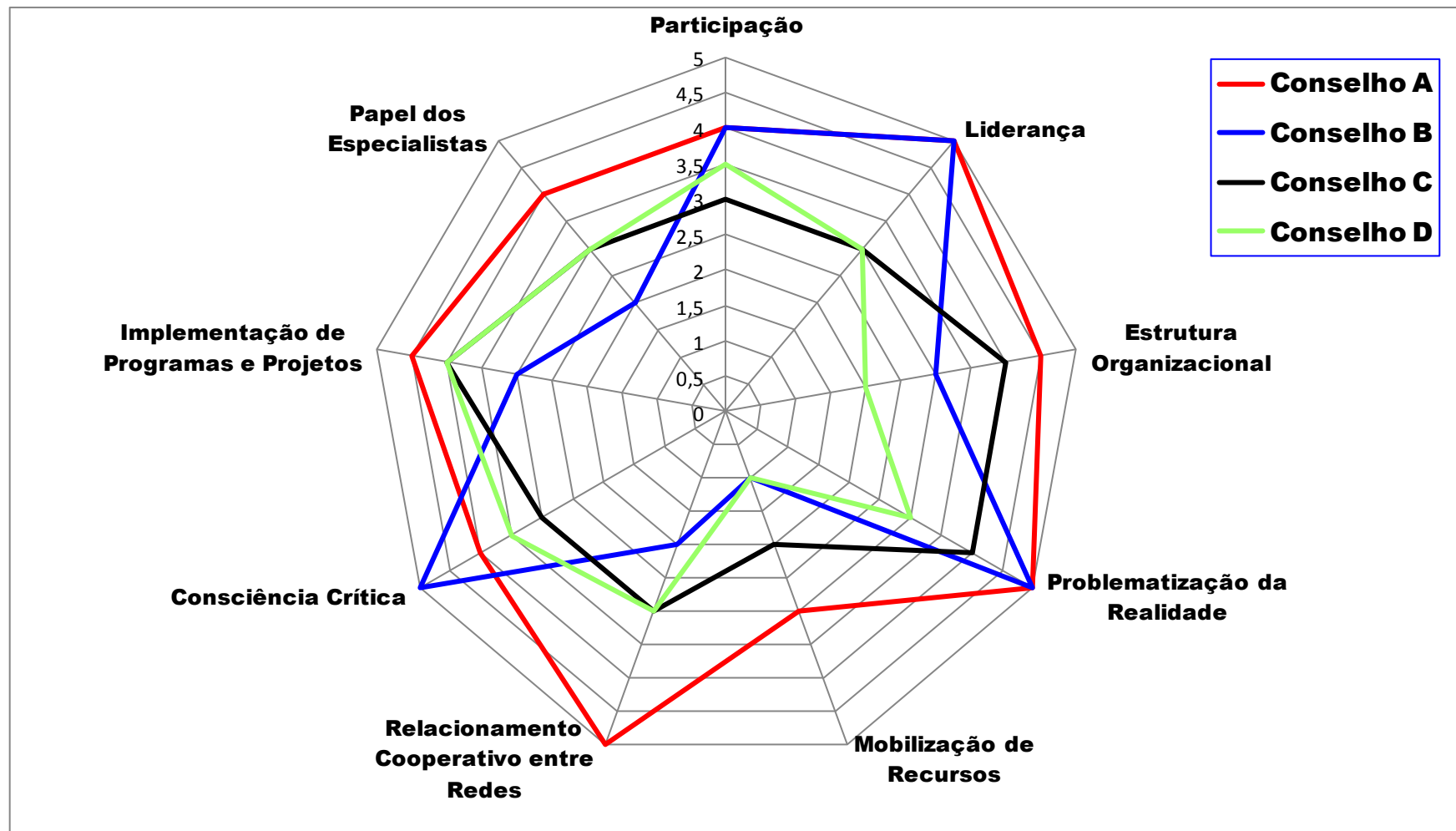


Figura 10 – Avaliação do empoderamento dos conselhos de saúde na perspectiva dos conselheiros.

4.2.1 Participação

No que se refere ao domínio 1 (Participação), observa-se que os conselhos “A” e “B” encontram-se no mesmo nível (4). Já o conselho “C”, encontra-se no 3 e o “D”, no 3,5 (Figura 10).

A participação é de fundamental importância no processo de empoderamento comunitário por expressar a forma como os membros definem, analisam e atuam sobre os temas de interesse geral da comunidade.

A conotação de participação neste trabalho está ancorada nas discussões em torno da 8ª CNS, em que a participação da comunidade para o controle social dos serviços e das ações em saúde tinha um sentido político, sendo essa concepção de participação destacada por Guizardiet et al. (2004 p.20) “[...] a população adquire condição de sujeito da política de saúde, agente que a determina”. Conceito que corrobora a perspectiva de Laverack (2004).

A participação da comunidade na formulação, no acompanhamento, na implantação e na fiscalização das políticas de saúde vem sendo objeto de estudo desde a década de 1990, quando o controle social foi institucionalizado. Os conselhos avaliados encontram-se em um nível de participação aceitável, embora existam espaços para a ampliação desse domínio.

Verifica-se, observando os segmentos que compõem os conselhos pesquisados, que há uma inadequação em relação ao segmento dos profissionais de saúde, com uma representatividade de apenas 21%. Pode-se, dessa forma, aferir que esse dado reflete a participação como um todo nos conselhos em relação à preposição e às demandas coletivas, em particular as desse segmento.

O empoderamento comunitário não está restrito à capacidade e às competências dos membros do grupo, mas tem o propósito de fomentar transformações sociais e políticas e, para isso, a participação ativa da comunidade nos fóruns de participação democrática como os conselhos, constitui um instrumento fundamental para o processo de empoderamento, pois normalmente, afeta o *status quo*, ao gerar autonomia de decisão e promover uma consciência política, permitindo às pessoas agirem e decidirem soberanamente.

4.2.2 Liderança

Com relação ao domínio 2 (Liderança), os conselhos “A” e “B” encontram-se no mesmo nível (5) e os “C” e “D”, no nível 3 (Figura 10).

A liderança e a participação estão intimamente ligadas, uma vez que aquela requer uma sólida base participativa e esta necessita da orientação e da estrutura de uma boa liderança. Nesse sentido, para o funcionamento e a organização de um conselho de saúde, é salutar a presença de uma liderança formal que assuma a responsabilidade de operacionalizar, lidar com conflitos e orientar grupos, dimensões inerentes a essas instâncias colegiadas.

Embora os dados apontem um excelente nível de empoderamento nos conselhos “A” e “B” e muito bom nos conselhos “C” e “D”, a liderança exige um elevado nível de competência e a academia pode contribuir na consolidação desse domínio junto às lideranças existentes nesses conselhos de saúde. Nos quatro conselhos pesquisados encontramos pessoas não só dedicadas, como também compromissadas em fazer acontecer o controle social em sua região administrativa e no DF.

Entretanto, pode-se apontar um certo distanciamento entre “a intenção e o gesto”, quando verificamos que apenas 55% dos conselheiros avaliados passaram por algum processo de capacitação para exercerem suas funções. Esse dado reflete-se na formação e na qualificação de lideranças para a condução de pessoas, debates e tomadas de decisões coletivas. “Empoderar” os conselheiros nesse domínio é fortalecer o controle social em saúde.

4.2.3 Estrutura Organizacional

No que concerne ao domínio 3 (Estrutura Organizacional), os conselhos de saúde pesquisados encontram-se em estágios diferentes. O conselho “A” no nível 4,5, o “B” no 3, o “C” no 4 e o “D” no 2 para esse domínio (Figura 10).

As estruturas organizativas representam a forma como as pessoas ou os grupos reúnem-se para identificar seus problemas, buscar soluções e planejar metas para resolvê-los. A existência e o modo como essas estruturas funcionam são fundamentais para o empoderamento comunitário. Rifkin (1990) destaca a importância das estruturas organizativas para o alcance dos objetivos propostos, mostrando que é no interior dessas estruturas que ocorre a ajuda e a colaboração de todas as partes interessadas.

Os conselhos de saúde estudados apresentam níveis variados em relação a esse domínio. Isso pode ser o reflexo de que apenas 45% dos conselheiros representam alguma entidade ou associação nesses conselhos. Os dados sinalizam assim pouca mobilização, organização e socialização de pequenos grupos da comunidade em torno de temas e demandas relacionadas à saúde. Embora os conselhos “A” e “C” apresentem um nível muito bom para esse domínio, eles podem ser melhorados mediante um aumento da representatividade da comunidade nesse colegiado.

De modo a garantir a organização e a mobilização da comunidade, deve haver um sentimento de coesão entre os seus membros, expresso pela preocupação com assuntos e temas de interesse da comunidade, assim como amizade e sensação de pertença. Essas manifestações parecem ausentes nos conselhos pesquisados e precisam ser desenvolvidas para a melhoria desse domínio.

4.2.4 Problematização da Realidade

No que diz respeito ao domínio 4 (Problematização da Realidade), os conselhos “A” e “B” situam-se no nível 5, o “C” está no 4 e “D” no 3 (Figura 10).

O êxito de uma instância colegiada como os conselhos de saúde, dentre outros fatores, depende muito do compromisso e do envolvimento dos seus membros em identificar e comprometer-se com os problemas e com as soluções que

afligem a saúde da comunidade, fazendo-a envolver-se nesse debate porque também é parte interessada.

Portanto, para esse domínio do empoderamento é importante a construção do conhecimento e a competência para visualizar os problemas existentes e propor ações e estratégias para solucioná-los ou, ao menos, para lidar com eles.

Nesse sentido, os conselhos “A” e “B” realizam plenamente essa atividade. O conselho “C” pode aprimorar suas competências para esse domínio e o conselho “D” precisa desenvolver novas aptidões e competências para melhorar seu desempenho nesse domínio, ou seja, precisa trabalhar o nível de conhecimento e de acesso às informações que possam levar seus membros a identificar e a resolver os problemas existentes naquele conselho.

Aumentar a capacitação dos conselheiros, dos atuais 55% verificados nesta pesquisa, pode ser uma estratégia importante para o empoderamento desses conselhos. A participação dos especialistas nessa etapa de formação torna-se bastante oportuna desde que realizada por meio de relações horizontais em que a cultura, o social e o econômico sejam compartilhados na construção de sujeitos com compromissos sociais e de solidariedade.

A profissão ou ocupação dos conselheiros pode ser um fator importante para a reflexão desse domínio. A maioria são funcionários públicos que exercem atividades ligadas aos serviços técnicos em instituições de saúde. Isso pode refletir uma problematização da realidade específica das demandas oriundas de suas áreas de atuação e provocar um distanciamento das verdadeiras realidades e necessidades de saúde da comunidade.

4.2.5 Mobilização de recursos

Quanto ao domínio 5 (Mobilização de Recursos), os conselhos de saúde não obtiveram percentuais satisfatórios, conforme a proposta metodológica. Os conselhos “B” e “D” encontram-se no nível 1, o “A” está no nível 3 e o “C” situa-se no nível 2 (Figura 10).

Portanto, não houve perspectiva de mobilização de recursos e tampouco a existência de recursos próprios por parte dos conselhos. O que se observa com relação aos recursos para os conselhos de saúde é um total descaso do poder público, marcado, sobretudo, pela burocratização. Esse domínio foi o que mais se distanciou de qualquer possibilidade de empoderamento comunitário, o que pode está relacionado com a pouca autonomia dessas instâncias.

Ressalta-se ainda que por tratar-se de conselhos regionais, a mobilização de recursos é problemática. Essa questão compromete a sua organização e o seu funcionamento. Um demonstrativo desse comprometimento é que todos os conselhos pesquisados realizam suas reuniões em dependências públicas de saúde, como hospitais e UPA's.

A questão da mobilização de recursos, acima apontada poderia ser articulada e mais bem tratada, se houvesse uma capacitação dos conselheiros, para que esses, na condição de conhecedores das normas legais que regulamentam o controle social, fizessem uso do aparato legal para obterem recursos próprios para essas instâncias.

O domínio referente a mobilização de recursos constituem um dos maiores desafios dos conselhos pesquisados. A ausência de recursos próprios compromete a autonomia e a identificação dessas instâncias com a comunidade. A falta de estrutura física, administrativa e organizacional dos conselhos de saúde pesquisados podem estar relacionadas com a baixa participação da comunidade e a dependência quase que absoluta deles com o poder executivo para realização de suas atividades.

4.2.6 Relacionamento Cooperativo em Rede

O domínio 6 (Relacionamento Cooperativo em Rede) está relacionado à ligação dos conselhos com organizações, instituições ou com outros conselhos.

Os conselhos de saúde estudados apresentaram respostas diferentes para esse domínio. Para os conselheiros do conselho “A” esse colegiado encontram-se no nível 5, os conselhos “C” e “D” no nível 3 e o “B” no 2 (Figura 10).

Landerdhal et al. (2010), ao analisarem as resoluções de um conselho de saúde, constataram, em relação à articulação com outras instâncias de saúde, que grande parte das resoluções tratavam da indicação de representantes, principalmente para os hospitais, o convênio com a Casa de Saúde e para o conselho regional de saúde. Os dados apresentados revelam que a natureza da articulação desse conselho é de apenas indicar representantes, não desenvolvendo parcerias de cooperação mútua baseada no interesse e no respeito.

Os dados mostram que os conselhos “A” e “B” demonstram ter potencialidade para desenvolver relações com organizações diferentes, mas com interesses comuns aos seus, de forma que juntas possam cooperar, desenvolver soluções e planejar ações que as fortaleçam mutuamente.

Nesse sentido, essas parcerias assimilam a concepção do poder “soma não-zero”, isto é, desenvolvem trabalhos em que ocorre compartilhamento de informações e em que as ações propostas são equivalentes a uma situação ganhar/ganhar, tendo como produto final o ganho de todas as partes envolvidas.

Os conselhos “C” e “D” encontram-se em um nível que pode ser caracterizado como intermediário e que pode, portanto, ser mais bem desenvolvido.

A baixa representatividade de entidades e associações (45%) nos conselhos de saúde pesquisados pode ser um indicador da pouca mobilização e motivação por parte da comunidade em participar e debater suas demandas nessas instâncias.

Incentivar esses conselhos a estender suas parcerias e ligações com entidades e associações de bairros e com as instituições de ensino superior pode ser um bom indicador para fortalecer e “empoderar” seus membros através de mecanismos que favoreçam as suas percepções sobre a importância das tomadas de decisões, do acompanhamento e da execução das políticas de saúde e de proposições, correções e aperfeiçoamentos dos caminhos dessas políticas, objetivando o desenvolvimento de suas prerrogativas legais, alcançando melhores resultados em saúde para a comunidade e, assim, superar o contexto de reclamações e atribuições de culpa.

Salienta-se que se deve levar em consideração para a formação de parcerias as questões culturais, pois podem ser encaradas como uma ameaça à autoridade constituída de uma das partes da parceria. Ressalta-se ainda que as parcerias baseadas em relações verticais são menos “empoderadoras” e que as melhores parcerias são aquelas que se baseiam em relações horizontais, devido principalmente aos desequilíbrios no poder (LAVÉRACK, 2004).

4.2.7 Consciência Crítica

Relativamente ao domínio 7 (Consciência Crítica), os resultados são distintos nos quatro conselhos estudados. O nível 4 foi a resposta do conselho de saúde “A”, o “B” atribuiu 5 para esse domínio, o conselho “D” 3,5 e o conselho “C” 3 para esse domínio (Figura 10).

Esse domínio do empoderamento está relacionado com a capacidade da comunidade de apreciar criticamente as causas do seu “desempoderamento”, propor e desenvolver estratégias que levem a mudanças pessoais, políticas e sociais, tendo como base a sua consciência crítica.

Nesse sentido, o conselho “A” demonstra desenvolver todas as etapas do empoderamento para esse domínio. Com relação aos conselhos “B”, “C” e “D” os dados mostram a necessidade de melhoria em relação à informação e à consciência crítica dos seus conselheiros. Nesse aspecto, acreditamos que, por meio de uma metodologia educativa ativa, os conselheiros possam ser a matéria de sua própria aprendizagem por meio do envolvimento e desenvolvimento de uma reflexão crítica.

Propõe-se como forma de empoderamento, uma abordagem dialógica que possibilite o compartilhamento de ideias, experiências e promova o pensamento crítico por meio da problematização.

4.2.8 Implementação de Programas e Projetos

O domínio 8 relaciona-se ao desenvolvimento de programas e projetos em que a comunidade possa direcionar a gestão do programa, distribuir funções e responsabilidades às partes interessadas.

Os conselhos são legalmente constituídos como fórum de participação democrática que têm como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros e, de certa forma, podem propor e deliberar sobre a implementação de programas e projetos que venham atender às necessidades da comunidade.

Com relação a esse domínio, os conselhos de saúde encontram-se distribuídos da seguinte forma: O conselho “A” encontra-se no nível 4,5, o “C” e o “D” no 4 e o conselho “B” está situado no 3 (Figura 10).

Conforme os dados coletados, observa-se que os conselhos desenvolvem esse domínio em um nível intermediário do empoderamento. Pode-se inferir que esse fato esteja relacionado às atribuições legais dos conselhos, embora suas deliberações precisem ser homologadas pelo diretor de saúde.

Compreende-se também que esse domínio possa ser desenvolvido e gerar competências e responsabilidades aos conselheiros, dando a eles uma maior autonomia para planejar, administrar, executar e avaliar programas e projetos em benefício da comunidade por meio de parcerias com entidades e associações locais e com o auxílio de especialistas.

4.2.9 Papel dos Especialistas

No tocante ao domínio 9 (Papel dos Especialistas), os resultados obtidos encontram-se assim distribuídos: No conselho “A”, o nível identificado foi o 4, no “B”, o 2 e dos conselhos em “C” e “D” o nível identificado foi 3 (Figura 10).

Para Laverack e Labonte (2000), o papel dos especialistas é fundamental no processo de empoderamento, particularmente no início da criação e do desenvolvimento de novas ações e dinâmicas na comunidade. É o contato com pessoas ou instituições que auxiliam no empoderamento do grupo para que este possa assumir de maneira contínua, com crescente autonomia e autoridade sobre suas ações. Esse aspecto, no caso dos conselhos, reflete-se na capacitação ou não dos seus membros.

As fragilidades do controle social atribuídas à falta de capacitação dos conselheiros para o bom desenvolvimento de suas atribuições são temas recorrentes na literatura. Destacam-se os estudos de Nogueira et al. (2003), Bispo Junior e Sampaio (2008), Correia (2003), Cotta et al. (2009) e Pereira (2010a) que abordam essa temática e apontam caminhos para seu fortalecimento.

Segundo Cotta et al. (2009), em estudo sobre participação, o controle social e o exercício da cidadania nos conselhos Municipais de Saúde de Viçosa (MG), identificou que 79,4% dos conselheiros nunca receberam nenhum tipo de capacitação e/ou educação continuada, e que 85% relataram sentir necessidade de receber algum tipo de capacitação para atuar no CMS, sendo que todos os conselheiros entrevistados mencionaram o fato de que a capacitação é fundamental para o exercício do controle social.

Escorel (2013), autora que coordena um estudo sobre Controle social no Brasil, aborda que no período estudado (2010), dentre as 41 resoluções do Conselho Nacional de Saúde, 20 tratavam do funcionamento das comissões internas e apenas 6 faziam referência à alguma deliberação da conferência, o que demonstra uma frágil preocupação em propor e influenciar as políticas de saúde.

Nesse sentido, os especialistas tornam-se relevantes para o preenchimento dessa lacuna dos conselhos de saúde que é a ausência de conselheiros capacitados para as tomadas de decisões relacionadas à saúde da sociedade.

A colaboração dos especialistas no processo de formação/capacitação dos membros dos conselhos reflete-se, conseqüentemente, no processo de empoderamento desses, ao somarem a sua experiência aos novos conhecimentos proporcionados pelos especialistas.

Esse domínio, caracterizado por uma proposta de empoderamento de relações pautadas no diálogo aberto e não coercitivo, no compartilhamento de conhecimentos e saberes, pode levar os conselheiros de saúde a ganharem mais autonomia e controle na identificação e resolução de seus problemas (LAVÉRACK, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eficácia da participação ativa nos conselhos de saúde não depende em si da legitimidade de seus atores, mas é função de suas capacidades, sejam elas políticas ou técnicas, portanto tem sua centralidade no poder e no empoderamento. Este estudo é um esforço de reflexão sobre a importância do empoderamento dos membros desses colegiados com vistas ao processo de fortalecimento da democracia participativa.

Os 4 CRS do DF pesquisados encontram-se em estágios diferenciados no que diz respeito aos domínios e à escala de classificação do empoderamento, o que sugere que alguns desses colegiados precisam “empoderar-se” em domínios como:

- a - otimização da participação da comunidade gerando um maior envolvimento na tomada de decisões;
- b - desenvolvimento de lideranças comunitárias efetivas apoiadas pela conselhos;
- c - construção de uma estrutura organizacional que possibilite congregar seus membros;
- d - otimização da mobilização de recursos, para que os conselhos possam obter suas sedes próprias, gerando identidade e autonomia para essas instâncias;
- e - reforço das ligações com outras organizações, associações e conselhos de saúde que possibilitem a construção de conexões recíprocas em atividades comunitárias e o estreitamento das relações destas tanto com o Conselho Distrital de Saúde, quanto com outras instâncias de decisão no campo da saúde;

f - desenvolvimento e aprimoramento da consciência crítica dos interessados, aumentando o diálogo, a reflexão e a crítica do conhecimento existente entre os diversos atores sociais que compõem os conselhos;

g - aumento do controle sobre os programas e projetos;

h - criação uma relação de igualdade com os especialistas.

Compreende-se que a utilização do referencial teórico-metodológico de Laverack, utilizado largamente, com êxito, na área da promoção da saúde e aqui aplicado no campo do controle social, pode constituir-se numa ferramenta inovadora com vistas ao fortalecimento e a ampliação da participação democrática, da estrutura organizativa e funcional, da capacidade democrática, da mobilização e da promoção da cidadania nos Conselhos de Saúde pesquisados.

Compreende-se ainda, que para a consecução do empoderamento dos conselheiros de saúde dois fatores importantes devem ser destacados: primeiro que os eles devem ter plena consciência que influenciam as políticas e as práticas no campo da saúde, em âmbito nacional e comunitário, e para isso devem compreender melhor o seu poder e as suas relações entre as diferentes partes interessadas. Segundo que os indivíduos e as comunidades devem ter mais influência nas ações que podem provocar mudanças sociais, políticas e econômicas.

6 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Nesse trabalho procurou-se realizar um diagnóstico dos conselhos de saúde pesquisados por meio da apreciação de cada domínio do empoderamento como uma nova proposta de prática de avaliação aplicada aos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal com vistas a identificar em cada domínio a posição que melhor o representasse usando como estratégia metodológica uma oficina e um questionário sociopolítico, o que pode vir a se constituir em uma das limitações dessa pesquisa.

Mas, acredita-se que a aplicação dos conceitos teórico-metodológicos do empoderamento comunitário de Laverack no controle social em saúde tem potencialidade de contribuir com a organização e fortalecimento dos conselhos de saúde à medida que venha subsidiar a elaboração de planejamento estratégico, que “empodere” esses colegiados.

Espera-se ainda que futuros trabalhos no campo do controle social possam vir a serem desenvolvidos com o uso dos conceitos teórico-metodológicos utilizados nessa pesquisa com vistas a uma melhor compreensão e avaliação do método, assim com contribuir de forma coletiva e solidária com os conselheiros para a superação dos desafios em cada um dos nove domínios com vista a fortalecê-los na busca do interesse comum no campo da saúde.

Espera-se que esse trabalho contribua como uma nova ferramenta de aferição do controle social em saúde. Esperamos ainda que futuros trabalhos sejam desenvolvidos levando em conta todas as cinco fases do percurso contínuo do empoderamento comunitário, onde se possa trabalhar juntamente com os conselheiros os desafios em cada um dos nove domínios para fortalecê-los na busca do interesse comum no campo da saúde.

7 REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

AVELAR, L. **Participação política**. In: AVELAR, L.; CINTRA, A.C (Org.). Sistema Político Brasileiro: Uma Introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer. 2007.

BAQUERO, R, V. **Empoderamento: Instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual**. Revista Debates. Porto Alegre: v. 6, n. 1, p. 173-187, jan- abr. 2012

_____,R, V. **Empoderamento: questões conceituais e metodológicas**. In: Revista Debates. Núcleo de Pesquisa sobre a América Latina/UFRGS. Porto Alegre: v. 1 n. 1, dez. 2005.

BISPO JÚNIOR, J.P; SAMPAIO, J.J.C. **Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil**.Pan American Journal of Public Health, Washington, v.6, n.23, 2008, p.403-409.

BOBBIO N. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p. 29-52.

_____**MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. Dicionário de Política**. Brasília. Ed. Universidade de Brasília, 1986.

_____**Marxismos e Estado**. Rio de Janeiro: Graal. 1979

BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BUSSUTO, C. Governança Solidária Local. Desencadeando o processo. Relatório de atividade. P.1-8. 2005. Disponível em: < http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/gsl_desencadeando_o_processo.pdf > Acesso em 26 de jun. de 2013.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, S, R. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: v.20, n.4 p. 1088 – 1095, jul-ago. 2004

CORREIA, M.V.C. **Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n.64, 2003, p. 138-147.

COTTA R.M. M; CAZAL, M.M., MARTINS, P.C. **Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2437-2445, 2010.

_____. M; CAZAL, M.M; RODRIGUES, J.F.C. **Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 419-438, 2009.

CORTEZ, S.V. Viabilizando a participação em Conselhos de Políticas Públicas municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e polycommunities. In HOCHMAN, G.; ARRETCHEER, M.; MARQUES, E. org. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3ed. São Paulo: Cortez, 2001.

EDGAR, L.; MARSHALL, C.; BASSETT, M. **Partnerships**: putting good governance principles in practice. Institute On Governance, 2006. Disponível em: http://www.iog.ca/publications/2006_partnerships.pdf Acesso em: 25 jun. 2013.

ESCOREL, S. **Controle Social ainda limitado**. Radis, 125, p. 27, fev. 2013

KLEBE, et al. **Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.12, n.2, p.335 – 342 abr./ jun. 2007

FERNANDES NETTO, J.A.S. Modelo Urubici de governança de águas e do território: uma tecnologia social a serviço do desenvolvimento sustentável local. 2010. 235f. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Engenharia Ambiental. Universidade Federal de Santa Catarina. 2010. Mimeo.

FIGUEREDO, J.E. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

FLEURY, S. O. **Uma prioridade a ser repensada**. Tema/Radis, 11:19-20, 1988.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GUIVANT, S.J. A governança dos riscos e os desafios para a redefinição da arena pública no Brasil. **Ciência, tecnologia e sociedade**: novos modelos de governança. Brasília, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos: Ciência, Tecnologia e Inovação, 2005.

GUIUIZARDI F.L. et al. **Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde.** *Physis*2004; 14(1): 15-39.

IGRASSIA, T; MEIRELES M. **Perspectivas teóricas acerca do empoderamento de classe social.** Revista Eletrônica “Fórum Paulo Freire”. Ano 2 n. 2 ago. 2006.

ISRAEL, B.A, et tal. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*, 21 (2) p.149 – 70, 1994.

LANDERDHAL, MC et al. **Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2431-2436, 2010.

LAVERACK, G **Health Promotion Practice: Power and Empowerment.** Sage publication of london: Londres, 2004.

_____and LABONTE, R. **A planning framework for accommodation of community empowerment goals within health promotion programming.***Health, Policy and Planning*, 15, p.255–262, 2000.

NOGUEIRA, P.C. P et al. **Implantação de um conselho local de Saúde: desafios da prática do controle social.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.32, n.1, 2008, p.104-110.

PAESE, J; PAESE, C. R. **A Participação pública frente à dicotomia leigos e peritos.** *R.Pol.públ*, v. 14, n.2, p.285-295, jul./dez.2010.

PAIM, J.S. **Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás.** *Cadernos de Saúde Pública R.J.* 2(2): 183, abr/jun, 1986.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.

PEREIRA, M.F. **O controle social e a participação democrática nos conselhos municipais de saúde da RIDE-DF**. 2010. 316f. Tese de Doutorado. Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília. 2010. Mimeo.

PERREIRA, M.E. **O controle social no SUS análise da capacidade democrática dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal**. 2010. 186 f. Tese de Doutorado. Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília. 2010. Mimeo.

RIFKIN, S. **Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes**. Acta Tropical, 61, p. 72-92, 1995.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? Health Promotion International, 9(1),p.39-47, 1994.

SANTOS, B.S; AVRITZER, L. **Para ampliar o cânone democrático**. IN: _____, B.S. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, M. de M.; COELHO, G. M.; SANTOS, D. M. dos. Foresight, engajamento social e novos modelos de governança. In. **Ciência, tecnologia e sociedade: novos modelos de governança**. Brasília, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos: Ciência, Tecnologia e Inovação, 2005.

STRALEN, V.C.J, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisário SA. **Conselhos de saúde: efetividade do controle em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul**. Ciência &Saúde Coletiva 2006; 11(3):621-32.

TEIXEIRA, P.F.P. **Governo, Governança e (Des) envolvimento**. Associação Brasileira para o Desenvolvimento de Liderança (ABDL). P.1-8. 2004. Disponível em: < <http://www.abdl.org.br/> > Acesso em jun. de 2013.

WENDHAUSEN, A; BARBOSA, T.M; BORBA, M. C. **Empoderamento e Recurso para a participação em Conselhos Gestores**. Saúde e Sociedade, v.15, n.3, p. 131 – 144, set – dez 2006

_____. **O duplo sentido do controle social: (des) caminho da participação em saúde**. Itajaí/SC: Ed. Univale, 2002.

_____. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Florianópolis, 1999.237f. Tese (doutorado em enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Mimeo.

Documentos consultados

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 453** de 10 de maio de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. publicado no Diário Oficial da União nº 109, Seção 1, página 138.

Pesquisa Distrital por Amostragem de Domicílios de 2011 – <[http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas Socioeconômicas/PDAD/2011/PDAD f](http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas/Socioeconomicas/PDAD/2011/PDAD_f)> Acesso em: 01 dez.2012.

PENDICE A – CARTILHA SOBRE EMPODERAMENTO



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



OFICINA

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO NA PERPECTIVA DOS CONSELHEIROS DE CONSELHOS REGIONAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Brasília, novembro de 2012.

SUMÁRIO

1. Apresentação	04
2. Trilhando o caminho	05
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	06
4. Empoderamento comunitário	07
5. Os nove domínios do empoderamento comunitário	07
6. Histórias de Conselhos de Saúde e o empoderamento	08
6.1 Conselho de Saúde I	09
6.2 Conselho de Saúde II	10
6.3 Conselho de Saúde III	11
6.4 Conselho de Saúde IV	12
6.5 Conselho de Saúde V	13
7. Empoderamento na perspectiva do conselheiro de saúde	14
8. Empoderamento perspectiva dos conselheiros de saúde	14
9. Referências bibliográficas	15

PROGRAMA

ATIVIDADE	DURAÇÃO
Apresentação da proposta aos conselheiros	20 minutos
Dinâmica da percepção sobre o empoderamento	50 minutos
Aplicação do questionário sobre o perfil dos conselheiros	10 minutos
Encerramento	10 minutos
TOTAL PREVISTO	1 hora e 30 minutos

APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e o Estado como garantidor desse direito através de políticas socioeconômicas que visam à redução do risco de doença e agravos e estabelece o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Determina ainda que os serviços e ações de saúde são de relevância pública compondo uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada que deve ser organizada com a participação da comunidade.

Institucionalizada pelas Leis Orgânicas de saúde n.8.080/90 e n.8142/90 a participação da comunidade foi concretizada no Controle Social com a criação das Conferências e dos Conselhos de Saúde no Brasil, nos três níveis de governo, federal, estadual e municipal. As Conferências de Saúde como espaço de discussão e formulação de políticas de saúde onde há participação de diferentes atores sociais. Os Conselhos de saúde com atribuições legais para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros.

Nesse sentido, os Conselhos de Saúde constituem-se uma alternativa importante para a concretização da democracia participativa e no desenvolvimento de parceiras importantes no processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), já que se trata de um órgão colegiado, de caráter permanente e onde a participação da comunidade se dá paritariamente com representantes da gestão, prestadores de serviços e representantes institucionais.

A diversidade de atores em sua composição caracteriza os Conselhos de Saúde como espaço de poder que tem a capacidade de provocar ou de resistir as mudanças, e, portanto constituem-se base importante na defesa da saúde da população. É através do exercício desse poder que os Conselhos de Saúde podem proporcionar mudanças para a comunidade.

Este trabalho visa refletir conjuntamente com você, conselheiro (a), a temática do poder - mais particularmente o empoderamento - aqui entendido como um processo que confere mais poder as pessoas e que se expressa através dos seus domínios operacionais permitindo aos indivíduos ou grupos se organizarem e mobilizarem para transformações sociais e políticas.

Cláudio Valdivino e Silva

Aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília

Dr. Rafael Mota Pinheiro

Prof. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília

TRILHANDO O CAMINHO

Prezado Conselheiro (a),

Primeiramente agradecemos por nos permitir participar da reunião do Conselho. A finalidade desse trabalho é propor uma construção coletiva de conhecimento e formação sobre a temática do empoderamento, e essa plenária do Conselho de Saúde é um espaço impar de relações onde as ideias e experiências do outro são democraticamente valorizadas e, portanto onde são tecidas relações construtivas.

Esse estudo é realizado no âmbito do PPGSC da Universidade de Brasília (UnB), portanto necessitamos de sua autorização para o trabalho que se pretende realizar. Para isso é importante que você tome conhecimento do documento **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** que respalda eticamente a pesquisa e que tem as seguintes características:

- ❖ o **TCLE** é o documento que convida você a participar desse trabalho, e como qualquer convite você pode aceitar ou não;
- ❖ explica a finalidade do trabalho, nesse caso, conhecer as percepções do empoderamento dos conselheiros de Saúde, segundo Laverack.;
- ❖ informa a relevância do trabalho, nesse caso, o de fortalecer as ações em saúde dos conselheiros por meio do empoderamento;
- ❖ solicita a sua autorização para gravar e informa que estes se desenvolverão de forma a garantir a privacidade, o segredo das informações prestadas e a sua identidade;
- ❖ esclarece que o tempo máximo de realização do encontro será de no máximo 1 hora e 30 minutos e que as suas contribuições serão importantes para o conhecimento das atitudes e orientações da comunidade a qual você está representando;
- ❖ informa que os resultados produzidos poderão ser publicados em artigos científicos, sempre preservando a identidade dos participantes;
- ❖ o TCLE está escrito em duas vias: Uma ficará com você, Conselheiro (a), e a outra com os pesquisadores;
- ❖ Consta no documento meu contato (e-mail e telefone) para esclarecimento de dúvidas sobre o trabalho.

Caso você concorde em participar, por favor assine o **TCLE**.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “As dimensões do empoderamento comunitário nos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal”. A pesquisa é voltada aos conselheiros dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal.

O nosso objetivo principal é conhecer o estágio de empoderamento desses conselheiros, segundo uma metodologia desenvolvida por um pesquisador chamado Laverack e seu grau de conhecimento sobre aspectos organizacionais e funcionais dos Conselhos em estudo.

Este estudo se justifica pela necessidade do fortalecimento das ações em saúde dos conselheiros por meio do empoderamento.

Caso não queira participar, não haverá nenhum prejuízo para você. Também não haverá riscos a você, uma vez que somente os pesquisadores terão acesso as suas respostas.

Solicitamos a sua autorização para gravar os trabalhos e informamos que eles se desenvolverão de forma a garantir a privacidade, o segredo das informações prestadas por você e a sua identidade. Seu nome não será identificado em nenhum momento da pesquisa.

As reuniões terão duração máxima de 1 hora e trinta minutos e você poderá se retirar a qualquer momento, se assim o desejar. Nas reuniões serão faladas as dimensões do empoderamento comunitário. Seus comentários contribuirão para o conhecimento das atitudes e orientações da comunidade a qual você está representando.

Os resultados serão publicados em artigos científicos, sempre preservando o segredo dos participantes. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está escrito em duas vias. Uma ficará com o participante e a outra com os pesquisadores.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e aprovado sob **número 018/2011**.

Para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador Cláudio Valdivino e Silva pelo número (61) 9904- 1232 ou pelo seu e-mail claudiovaldivino@gmail.com e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF apelo número (61) 3325-4955.

Nome legível do participante

Pesquisador responsável - Cláudio Valdivino e Silva

Brasília, _____ de _____ de 2012.

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

São diversos os conceitos de empoderamento comunitário presentes na literatura. Para essa pesquisa adotaremos o conceito desenvolvido pela pesquisadora americana Nina Wallerstein que o define como sendo “(...) **um processo de ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidade na concretização de objetivos tais como um maior controle individual e comunitário, eficácia política, melhor qualidade de vida e justiça social**”.

Nessa perspectiva o empoderamento pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; ou como mudanças em direção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder.

Nesse sentido faz-se necessário uma discussão com relação ao empoderamento comunitário que possa ir além dos aspectos teóricos e filosóficos presentes na maior parte da literatura sobre o tema, propondo um processo de avaliação prática do empoderamento apresentando os trabalhos desenvolvidos pelo pesquisador Lavareck, que o descreve em nove dimensões, a saber: **participação ativa, liderança, estrutura organizacional, problematização da realidade, mobilização de recursos, conscientização crítica, relacionamento cooperativo entre redes, papel dos especialistas e implementação de programas e projetos** que visam, dessa forma, transformar as informações coletadas em ações e planejamento futuros.

OS NOVE DOMÍNIOS DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

	DOMÍNIOS	CONTEÚDO
a	Participação ativa	Está relacionada a organização de pequenos ou grandes grupos voltados para assumir maiores responsabilidades quanto à apreciação de suas necessidades e problemas.
b	Liderança	É o compromisso e a responsabilidade de conduzir grupos e mediar conflitos e está intimamente ligadas a participação.
c	Estrutura Organização	É a forma como as pessoas se reúnem para resolver suas preocupações e problemas.
d	Análise do Problema	Está relacionado a criticidade que o grupo apresenta para identificar seus problemas, suas soluções e as estratégias para resolvê-los.
e	Mobilização de recursos	É a capacidade de mobilizar recursos e o poder de controlar as decisões quanto a distribuição dos mesmos.
f	Consciência crítica	Diz respeito a capacidade do grupo em apreciar criticamente sua situação e desenvolver ações que promovam mudanças política, econômica e social.
g	Integração em rede com outros grupos	É capacidade do grupo em promover parceiras e alianças em rede com outras instituições e grupos visando contatos e trabalhos cooperativos.
h	Relacionamento com especialistas	É o contato com pessoas ou instituição que auxiliem no empoderamento do grupo para que este possa assumir de maneira contínua e crescente autonomia e autoridade sobre suas ações.
i	Implementação de programas de projetos	diz respeito a preocupação com o planejamento, implantação, avaliação e gestão quanto a definições claras de papeis e responsabilidades.

HISTÓRIAS DE CONSELHOS DE SAÚDE E O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Iniciaremos nossa reflexão sobre o grau de empoderamento presente no Conselho de Saúde a partir da proposta abaixo:

- ❖ apresentamos a você cinco histórias sobre Conselhos de Saúde. De maneira geral, as histórias relatam realidades vivenciadas por vários conselhos de saúde espalhados pelos municípios brasileiros. Lembramos que cada uma delas está inserida em um contexto de empoderamento.
- ❖ para melhor comparar a sua realidade com a das histórias apresentadas, usaremos os **nove domínios** que apontam à situação atual de seu Conselho de Saúde em relação ao empoderamento segundo Laverack, que são: **participação dos conselheiros, liderança, estrutura organizacional, problematização da realidade, mobilização de recursos, consciência crítica por parte dos conselheiros, relacionamento cooperativa entre redes, papel dos especialista e implementação de programas e projetos pelo conselho.**
- ❖ de acordo com cada domínio, podemos ter cinco níveis de empoderamento que caracterizam o grau de identificação do conselho com o domínio. **Assim o primeiro nível indica pouca identificação, já o quinto nível uma identificação plena.** Nas histórias apresentadas, os Conselhos de Saúde encontram-se assim distribuído com relação ao seu grau de identificação com os domínios, a saber: o Conselho de Saúde número I encontra-se no nível 1 para todos os domínios. O Conselho de Saúde número II, no nível 2. O Conselho de Saúde número III, no nível 3, já o Conselho de Saúde número IV, está no nível 4. E o Conselho de Saúde número V encontra-se no nível 5 para todos os domínios do empoderamento.
- ❖ agora que você já tem o conhecimento dos domínios e os níveis em que se encontram os cinco Conselhos de Saúde representados nas histórias, convidamos você, Conselheiro (a), a ler atentamente as histórias.
- ❖ após a leitura, preencha a ficha A, marcando as alternativas que melhor representam o que pensa sobre o conselho do qual participa com relação aos domínios de empoderamento;

HISTÓRIA DO CONSELHO DE SAÚDE I

O Conselho de Saúde do município de **Lago da Pedra** é conhecido **por não possuir nenhum grupo ou associação de moradores** ^a representados no Conselho.

A cidade **não possui nenhum líder** ^b que possa mobilizar e sensibilizar a comunidade para reivindicar melhorias na saúde do município. Dessa forma a representação da comunidade no conselho **não está contemplada** ^c e, portanto, ela não contribuí para **uma análise dos problemas de saúde local** ^d.

O Conselho de Lago da Pedra **nunca se mobilizou** para demonstrar à comunidade as suas funções, assim como não usa de **recursos próprios** ^e para promover oficinas, palestras ou cursos que pudessem aproximar o conselho da realidade local de saúde da comunidade onde está inserido e assim sanar essa **falta de integração** ^g nas discussões e tomadas de decisões importantes sobre saúde.

Por não conhecer as ações do Conselho de Saúde de Lago da Pedra, a comunidade não participa de suas reuniões, portanto não **examina e nem toma decisões importantes** ^f para a melhoria da saúde do município. O conselho também **não estabelece contatos/parcerias com outros Conselhos ou grupos comunitários** ^g.

O gestor municipal **aciona grupos de especialistas quando lhe é conveniente para atuar junto ao Conselho de saúde na capacitação dos conselheiros**. Essas capacitações ocorrem de modo centralizado e desrespeita as especificidades e condições locais mostrando que essa prática é pouco efetiva para o conselho, pois quem **define as estratégias e as decisões são os especialistas** e não o colegiado ^h. O Conselho de saúde de Lago da Pedra **nunca apresentou ou implantou projeto ou programa** ⁱ que amenizasse ou resolvesse os problemas de saúde da comunidade local.

Assim podemos afirmar que esse Conselho se encontra no **nível 1** em todos os domínios do empoderamento.

	Domínios de empoderamento	Nível				
		1	2	3	4	5
a	Participação Ativa	1	2	3	4	5
b	Liderança	1	2	3	4	5
c	Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
d	Análise do Problema	1	2	3	4	5
e	Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
f	Consciência crítica	1	2	3	4	5
g	Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
h	Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
i	Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

HISTÓRIA DO CONSELHO DE SAÚDE II

No Conselho de Saúde de **Lago do Remanso**, os membros da comunidade **já participam**^a das reuniões, mas não se sentem preparados para fazer contribuições. Há lideranças locais que se organizam em varias áreas de atividade, como coleta de lixo seletivo, hortas comunitárias, mas são **lideranças pouco efetivas**^b quando o assunto é saúde. O Conselho não tem um **calendário fixo para suas reuniões ordinárias**^c Falta ao Conselho de saúde **habilidades e conhecimentos para problematizar a realidade de saúde no contexto local**^d. A comunidade do município só tomou conhecimento do Conselho quando a emissora de rádio local divulgou uma nota informando que alguns membros do conselho estavam se apropriando **dos recursos financeiros**^e do órgão em benefício próprio.

Alguns conselheiros tentam fazer discussões sobre questões importantes em saúde^f, mas o controle das ações e decisões de saúde ainda passa muito longe das demandas da comunidade. O Conselho mantém **laços informais com outras associações civis organizadas, mas sem um propósito claramente definido**^g.

O Conselho recebe visita de especialistas na área de controle social em saúde. Estas visitas têm como finalidade instrumentalizar os Conselheiros para o exercício de sua competência legal. Porém até hoje são **os especialistas**^h que elaboram os Planos de Saúde do Município.

Uma Enfermeira do Programa Saúde da Família do município pretende desenvolver um projeto de combate ao mosquito da dengue, mas gostaria que o Conselho de saúde aprovasse o projeto em uma de suas reuniões ordinárias. Porém alguns conselheiros reclamaram que a **especialista fez uma discussão insuficiente do projeto junto à comunidade**ⁱ.

Assim é possível perceber que esse Conselho está no **nível 2** em todos os domínios do empoderamento.

	Domínios de empoderamento	Nível				
a	Participação Ativa	1	2	3	4	5
b	Liderança	1	2	3	4	5
c	Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
d	Análise do Problema	1	2	3	4	5
e	Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
f	Consciência crítica	1	2	3	4	5
g	Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
h	Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
i	Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

HISTÓRIA DO CONSELHO DE SAÚDE III

O Conselho municipal de Saúde de **Lago dos Pássaros** mantém reuniões regulares, mas **não se envolve na tomada de decisões de planejamento em saúde^a**.

Seu Jorge, representante do segmento da comunidade, é **uma liderança efetiva^b** reconhecida pelos seus oito anos de militância na área de saúde. Mas sua luta por uma saúde integral e equânime não desperta o mesmo interesse dos outros conselheiros.

O Conselho recentemente conseguiu uma **organização que o habilita a congregar todos os seus membros^c**. Há **potencial e habilidades em alguns conselheiros para a identificação, problematização e priorização^d** das demandas de saúde da comunidade, mas também há falta de comprometimento por parte de outros.

Há poucos dias, seu Jorge ficou sabendo de um recurso destinado ao Conselho de Saúde do município. Convocou uma reunião para conhecer as ideias, projetos e programas de seus pares com vistas a alocação do recurso. **Os conselheiros não chegaram a um consenso^e** quanto à aplicação do recurso e a verba mais tarde foi usada para outra finalidade.

No Conselho de **Lago dos Pássaros** há grupos temáticos de Conselheiros com o propósito de refletir sobre atividades a serem desenvolvidas pelo órgão. Os grupos demonstraram **conhecimento sobre saúde, conhecimento este que pode ser criticamente analisado^f**

O Conselho firmou uma parceria com uma Instituição para a promoção de curso de capacitação dos conselheiros. Ficou acordado que os especialistas da Instituição, o conselho de saúde e a comunidade local em conjunto é **quem tomariam as decisões sobre as capacitações a serem realizadas, o que não houve foi consenso sobre as responsabilidades de cada um dos envolvidos^g**

Surgiram diversos projetos no conselho após essa parceria. Para a elaboração desses projetos, as **decisões foram tomadas em conjunto pelos especialistas da Instituição e pelo Conselheiros^h**. Os papéis tanto do Conselho quanto dos especialistas **foram claramente definidos, mas faltou um treinamento especial para gestão de competências aos conselheirosⁱ**.

Assim esse Conselho de Saúde encontra-se no **nível 3** para todos os domínios do empoderamento

	Domínios de empoderamento	Nível				
		1	2	3	4	5
a	Participação Ativa	1	2	3	4	5
b	Liderança	1	2	3	4	5
c	Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
d	Análise do Problema	1	2	3	4	5
e	Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
f	Consciência crítica	1	2	3	4	5
g	Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
h	Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
i	Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

HISTÓRIA DO CONSELHO DE SAÚDE IV

O Conselho de saúde do município de **Lago dos Cisnes** conta com a participação da comunidade nas tomadas de decisões e planejamento em saúde, **pois existe uma forte troca de informações entre o Conselho e a comunidade^a**.

Pedro é membro do Conselho de Saúde e presidente da Associação dos portadores da Síndrome de Down do município. **Liderança local^b** bastante conhecida na comunidade, Pedro é protagonista de conquistas sociais importantes. Conhecedor dos problemas de saúde de sua comunidade, ele é apoiado pela sua organização e cobra mudanças na formação e atuação dos membros do conselho.

O Conselho dispõe de sala mobiliada, secretaria e internet, o que facilita **as relações com outras organizações da comunidade^c**, assim como identifica os problemas de saúde, e traça estratégias e ações para sua solução. Os **conselheiros problematizam a realidade de saúde^d** e apontam o caminho a ser seguido pela instituição, visando uma melhoria de saúde da comunidade. **O conselho discute a alocação dos recursos a ele destinados, mas sua distribuição ainda não ocorre de forma justa^e**.

Há participação de diferentes grupos da comunidade nas reuniões do Conselho que buscam juntamente com os Conselheiros **identificar soluções e monitorar o acompanhamento das ações de saúde propostas^f**. O conselho mantém **redes de reciprocidade^g** junto à comunidade com a finalidade de desenvolver atividades e ações de saúde baseadas no respeito e cooperação mútuos.

As capacitações dos conselheiros são realizadas por especialistas que ajudam a instituição a tomar decisões e promover mudanças por si própria, **contudo apoiam totalmente as iniciativas do conselho^h**. Com a ajuda dos especialistas o Conselho **tem apresentado projetos que são discutidos com a comunidade nas áreas de planejamento, estratégias, execução e avaliação em saúde, desenvolvendo, dessa forma, senso de responsabilidade e competência no cumprimento de suas funções^g**

Nesse Conselho percebemos **o nível 4** para todos os domínios do empoderamento.

	Domínios de empoderamento	Nível				
		1	2	3	4	5
a	Participação Ativa	1	2	3	4	5
b	Liderança	1	2	3	4	5
c	Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
d	Análise do Problema	1	2	3	4	5
e	Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
f	Consciência crítica	1	2	3	4	5
g	Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
h	Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
i	Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

HISTÓRIA DO CONSELHO DE SAÚDE V

No Conselho de Saúde do município de **Lago Azul**, a representatividade do segmento da comunidade é bastante atuante e envolve **suas bases nas tomadas de decisões e ações em saúde e em outras áreas^a**. Há **lideranças^b** em todos os segmentos do Conselho, o que facilita o desenvolvimento de trabalhos em prol do bem comum, favorecendo as parcerias e viabilização de recursos externos.

O Conselho é uma referência em **organização e no desenvolvimento de atividades para a comunidade local^c**. Seus conselheiros são constantemente convidados por instituições e outros conselhos para debates sobre Controle Social. Os conselheiros **problematizam junto à comunidade e entre si continuamente as temáticas de saúde do município^d**, buscando soluções e ações para os problemas identificados. A aplicação dos recursos do Conselho leva em consideração não só as decisões dos conselheiros, mas também aquelas tomadas pela comunidade, **ocorrendo, dessa forma, a partilha equitativa dos recursos^e**.

Os conselheiros têm cada vez mais se **dedicado às capacitações nas temáticas inerentes a suas áreas de atuação^f**. Bem administrado, com conselheiros habilitados e capacitados, com fortes laços com a comunidade, o Conselho de Saúde conseguiu o respeito da comunidade e de outras organizações, o que facilitou a **construção de redes^g** que possibilitaram novos recursos e financiamentos, com vistas a atrair novos membros ou grupos nas tomadas de decisões coletivas. Estas decisões fortalecem cada vez mais a democracia participativa e a saúde da comunidade local. Para chegar nesse ponto, o Conselho contou com a ajuda dos especialistas que atuaram nesse processo de mudança **a pedido dos conselheiros que tomaram todas as decisões^h**. O papel dos especialistas nesse processo foi o de auxiliar o conselho na formação e na tomada de decisões do grupo.

Os cursos de capacitação realizados pelos conselheiros do Conselho de Saúde de Lago Azul proporcionaram autonomia na formulação, execução e avaliação dos projetos na área de saúde realizados com a comunidade **independentemente da colaboração e ação dos especialistasⁱ**.

Nesse Conselho percebemos **o nível 5** para todos os domínios do empoderamento.

	Domínios de empoderamento	Nível				
		1	2	3	4	5
a	Participação Ativa	1	2	3	4	5
b	Liderança	1	2	3	4	5
c	Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
d	Análise do Problema	1	2	3	4	5
e	Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
f	Consciência crítica	1	2	3	4	5
g	Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
h	Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
i	Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

EMPODERAMENTO NA PERSPECTIVA DO CONSELHEIRO DE SAÚDE

1 - Agora que você leu atentamente as cinco histórias dos Conselhos de Saúde apresentadas, registre sua percepção na tabela abaixo, marcando qual nível (1 a 5) que melhor representa a situação atual de seu Conselho de saúde. Lembre-se que **o primeiro nível indica pouca identificação, já o quinto nível uma identificação plena.**

EMPODERAMENTO NA PERSPECTIVA DO CONSELHEIRO DE SAÚDE

FICHA 1 – Individual

1 - Registre sua percepção na tabela abaixo, marcando qual nível (1 a 5) que melhor representa a situação atual de seu Conselho de saúde.

Domínios de empoderamento	Nível				
	1	2	3	4	5
Participação Ativa	1	2	3	4	5
Liderança	1	2	3	4	5
Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
Análise do Problema	1	2	3	4	5
Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
Consciência crítica	1	2	3	4	5
Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

FICHA 2 – Grupo

2 – Registre aqui a síntese do grupo.

Domínios de empoderamento	Nível				
	1	2	3	4	5
Participação Ativa	1	2	3	4	5
Liderança	1	2	3	4	5
Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
Análise do Problema	1	2	3	4	5
Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
Consciência crítica	1	2	3	4	5
Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde , a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
2. _____. Lei nº 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
3. CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção de Saúde. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, n. 4 jul./ago. 2004.
- 4 LAVERACK, G; LABONTE, R . A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy Plan 15(3):255-262.
5. _____ Health Promotion Practice: Power and Empowerment. Sage publication of london: Londres, 2004.
6. Wallerstein, N. Powerlessness, empowerment an health: Implications for health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 6 (3):197-205

APENDICE B – EMPODERAMENTO NA PERSPECTIVA DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE.

FICHA 1 – Individual

1 - Registre sua percepção na tabela abaixo, marcando qual nível (1 a 5) que melhor representa a situação atual de seu Conselho de saúde.

Domínios de empoderamento	Nível				
Participação Ativa	1	2	3	4	5
Liderança	1	2	3	4	5
Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
Análise do Problema	1	2	3	4	5
Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
Consciência crítica	1	2	3	4	5
Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

APENDICE B – EMPODERAMENTO NA PERSPECTIVA DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE.

FICHA 2 – Grupo

2 – Registre aqui a síntese do grupo.

Domínios de empoderamento	Nível				
Participação Ativa	1	2	3	4	5
Liderança	1	2	3	4	5
Estruturas organizacionais	1	2	3	4	5
Análise do Problema	1	2	3	4	5
Mobilização de recursos	1	2	3	4	5
Consciência crítica	1	2	3	4	5
Integração em rede com outros grupos	1	2	3	4	5
Relacionamento com especialistas	1	2	3	4	5
Implementação de programas e projetos	1	2	3	4	5

APENDICE C - PERFIL DOS CONSELHEIROS DO CONSELHO REGIONAL DO GUARÁ

1 - Sexo

Masculino Feminino

2 - Faixa Etária

18 a 24 anos 25 a 29 anos 30 a 34 anos 35 a 39 anos
 40 a 44anos 45 a 49 anos 50 a 59 anos 60 anos ou mais

3 - Grau de instrução:

Ensino fundamental incompleto Superior incompleto
 Ensino fundamental completo Superior incompleto
 Ensino médio incompleto Ensino médio completo
 Pós –graduado

4- Estado Civil

Solteiro Casado Outro
 Viúvo Separado ou Divorciado Não quero informar
 Têm união estável há mais de seis meses

5- Profissão ou ocupação:

Empregado com carteira assinada Empregado sem carteira assinada
 Funcionário Público Aposentado/ pensionista
 Outro Micro-empresário
 Trabalhador autônomo Desempregado

6 - Qual o segmento que você representa no Conselho Regional de Saúde?

Gestor Usuário Trabalhador Prestador

6.1 - Você é conselheiro de:

1º mandato 2º Mandato 3º Mandato 4º Mandato 5º Mandato

7 - Você representa alguma Instituição no Conselho de Saúde:

Sim Não Caso afirmativo, qual? _____

8 - Recebeu capacitação para ser conselheiro:

Sim Não Não lembro

9 - Qual a periodicidade da sua participação nas reuniões do Conselho?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Raramente Nunca

10 - Você tem disponibilidade de tempo para se dedicar as atividades do Conselho?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Raramente Nunca

11 - Você considera sua participação no Conselho Regional de Saúde importante?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Raramente Nunca

12 - Você considera sua participação no Conselho Regional de Saúde produtiva?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Raramente Nunca

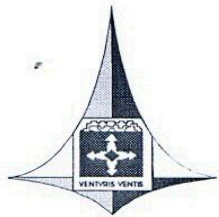
13 - Você considera sua participação no Conselho Regional de Saúde Gratificante?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Raramente Nunca

14 - Você considera sua participação no Conselho Regional de Saúde cansativa?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Raramente Nunca

Muito obrigado por sua participação!



ANEXO A

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0050/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 018/2011 – AS DIMENSÕES DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTUDO SOBRE O CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DO PARANOÁ.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 28/02/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 28 de fevereiro de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907

BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE