



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**

**O Controle Social no SUS**  
Análise da Capacidade Democrática  
dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal

**Edsaura Maria Pereira**

BRASÍLIA, 2010

Edsaura Maria Pereira

---

**O Controle Social no SUS**  
Análise da Capacidade Democrática  
dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal

---

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção de título de doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.  
Área de concentração: Saúde Coletiva

**Orientadora:** Profa Dra. Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA, 2010

Edsaura Maria Pereira

---

## **O Controle Social no SUS**

Análise da Capacidade Democrática  
dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal

---

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção de título de doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

### **Banca Examinadora**

---

Presidente: Profa. Dra. Helena Eri Shimizu  
Departamento de Saúde Coletiva/FS-UnB

---

Prof. Dr. Pedro Célio Alves Borges  
Departamento de Sociologia/UFG

---

Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha  
Departamento de Saúde Coletiva/FS-UnB

---

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann  
Vice Presidente da FS/UnB

---

Prof. Dr. Volnei Garrafa  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética/UnB

Brasília, 2 de setembro de 2010.

Aos grandes amores da minha vida, Fábio, Carol, André e Rafa,  
companheiros de vida e de lutas!

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus amigos queridos Simone, Eugênio, Nelson, Verinha, Elias, Ivani, Mabelzita, Marilúcia... por viveram comigo esses anos de estudo e contribuírem para que esta não fosse obra de uma só pessoa, mas uma construção compartilhada,

Ao meu queridíssimo amigo Márcio que, com sua amizade, estimula, chama, agrega, constrói.

A Carlos Lisboa, grande amigo e incentivador desde a especialização.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos... por compreenderem a necessidade de minha ausência nos encontros da família.

À minha orientadora Helena, de modo especial, pois mesmo assumindo-me em fase avançada de estudo, acolheu-me com cuidado e carinho, conduzindo-me ao final da pesquisa.

Se procurar bem, você acaba encontrando não a explicação duvidosa da vida, mas a poesia inexplicável da vida.

Carlos Drummond de Andrade

## **HOMENAGEM A UM HOMEM DE BEM!**

### **A Viagem**

A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam.

E mesmo esses podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa.

Quando o visitante sentou na areia da praia disse:

“Não há mais o que ver”, saiba que não era assim. O fim de uma viagem é apenas o começo de outra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na primavera o que se vira no verão, ver de dia o que se viu de noite, com o sol onde primeiramente a chuva caía ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava.

É preciso voltar aos passos que foram dados,  
para repetir e para traçar caminhos novos ao lado deles.

É preciso recomeçar a viagem.

Sempre!

José Saramago

## RESUMO

Uma nova cultura democrática foi inaugurada no Brasil com a promulgação da Constituição de 1988, marco do ressurgimento da participação popular na agenda política do País. Expressão dessas mudanças é a criação e implementação de diversos conselhos como os conselhos gestores que se tornaram espaços de inúmeras experiências de participação popular nas políticas públicas brasileiras. Na saúde, o movimento pela redemocratização é marcado pela Reforma Sanitária que possibilitou a incorporação de suas principais propostas na Carta Magna, estruturando as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Uma das conquistas mais importantes nesse processo participativo foi a estruturação do controle social na saúde, exercido por meio dos conselhos de saúde. Portanto, esta tese investiga a participação dos segmentos que compõem o controle social da saúde nas estruturas decisórias, situadas no âmbito dos governos locais; o caráter dos Conselhos como espaços institucionais e seu alcance como novos centros de poder decorrentes da descentralização do sistema. De modo específico, objetivou analisar o controle social em saúde no Distrito Federal (DF) por meio do processo participativo do conselheiro de saúde das Regiões Administrativas (RA); identificar e analisar as representações sociais dos gestores, conselheiros distritais e regionais de saúde acerca do controle social em saúde e verificar as suas potencialidades e fragilidades. As categorias teórico-analíticas foram a politicidade e a democracia, tendo como referência, a perspectiva emancipatória para o processo participativo com a possibilidade de repolitização de atores e práticas sociais em todos os espaços, e de reinvenção de organizações coletivas. Trata-se de uma pesquisa teórico-prática com abordagem qualitativa sendo a metodológica orientada para a teoria das representações sociais. A análise dos dados coletados, por meio de entrevistas, foi realizada utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, com a utilização do *software* ALCESTE (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos e Textos). O conteúdo dos *corpora* e dos campos representacionais revelou ambiguidades, avanços e recuos no controle social em saúde das RA do DF, apontando práticas de gestão autoritárias em confronto com esforços contra-hegemônicos de parcela da sociedade, alicerçados em valores democráticos e participativos. Os resultados encontrados mostram que a representação social dos conselheiros e gestores acerca dos conselhos regionais de saúde do DF é a dos conselhos entendidos como apêndices da gestão e não como instância de participação. Esta representação tem como consequência práticas institucionais verticalizadas, demonstrando grandes limitações na intensidade democrática dos conselhos regionais de saúde no SUS do DF.

**Palavras-chave:** Democracia participativa. Controle social no SUS. Conselhos de saúde.



## ABSTRACT

*A new democratic culture was inaugurated in Brazil with the establishment of the 1988 Constitution, with the resurgence of the people's participation in the political agenda of the country. One expression of those changes is the management boards that have become spaces of innumerable experiences of participation of the people in public policies. In the health field, the democratization movement has been marked by the Sanitary Reform that culminated with the incorporation of its main propositions to the 1988 Constitution, thus structuring the guiding principles of the Single Health System (SUS). One of the most important achievements in the democratization process of the Brazilian public policies was to structure the social control in the health field which is performed by the health boards. This thesis investigates the participation of the segments that make up the social control in the health field, in the decision making structures in the context of the local governments, as well as the nature of these boards as institutional spaces and their scope as new empowerment centers derived from the decentralization of the system. The purposes of this thesis are: analyze the social control in the health field throughout the Federal District (DF), by means of the participation of the health counselor in all its Administrative Regions (RA); identify and analyze the representation of the social managers, the district and regional health counselors, regarding the social control in the health field and verify their potentialities and weaknesses. The theoretical and analytical categories have been democracy and politics, using the emancipating perspective in the participation process as reference, with the possibility of bringing into politics the actors and social practices in all spaces as well as reinventing the collective organizations. This research is theoretical and practical, with qualitative approach and methodological orientation based in the social representation theory. The analysis of the data collected through interviews, was done using the technique of content analysis, assisted by the ALCESTE software (Lexical Analysis of a Group of Segments and Texts by Context). The content of the corpora and of the representation fields has revealed to have ambiguities, achievements and fall-backs within the social control in the health field of the RA in the DF, indicating the presence of authoritarian management practices in conflict with the counter-hegemonic efforts of a part of the society, sustained in democratic and participative values. The obtained results point towards the social representation of the counselors and managers, regarding the regional health boards of the DF, considering such boards as appendixes of management and not as instances of participation. The consequence of this representation are vertical institutionalized practices, which demonstrates great limitations in the democratic intensity of the regional health boards of the SUS in the DF.*

**Keywords:** Participatory democracy. Social control in SUS. Health councils.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>OBJETIVOS</b> .....	24
Geral .....	24
Específicos:.....	24
<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DAS LUTAS SOCIAIS POR SAÚDE NO BRASIL</b> .....	25
1.2 As lutas em prol da saúde no Brasil .....	30
1.2.1 Primeira reforma sanitária brasileira .....	31
1.1.2 A cidadania regulada – A Previdência Social.....	33
1.1.3 A democracia na saúde – início das mudanças .....	34
1.3 A conquista do SUS – A implementação de uma política.....	38
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	47
2.1 De qual democracia se fala? .....	47
2.2 Politicidade e Poder .....	55
2.3 Conselhos Gestores – exercício da cidadania e espaço de controle social no Brasil .....	59
2.3.1 Zona de sombra e de luz na relação Estado-sociedade .....	70
2.4 Conselhos de Saúde – Espaços de participação e de capacidade de luta .....	75
<b>3 REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	84
3.1 Cenário da Pesquisa.....	88
3.1.1 As RA e os Conselhos Regionais de Saúde .....	92
3.2 Procedimentos de Coleta de Dados .....	92
3.3 Procedimentos para análise dos dados .....	94
3.3.1 A análise de conteúdo das entrevistas .....	94
3.4 Análise temática da VII Conferência de Saúde do Distrito Federal.....	96
3.5 Aspectos éticos .....	97
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	98
4.1 Resultados das Representações Sociais .....	98
4.1.1 Representações Sociais dos Gestores acerca do Controle Social em Saúde no DF – Análise do Dendograma das classes estáveis do Grupo de Gestores.....	98
4.1.2 Representações Sociais dos Conselheiros Regionais acerca do Controle Social em Saúde no DF – Análise do Dendograma das classes estáveis do <i>corpus</i> dos Conselheiros Regionais.....	116
4.1.2.1 Análise fatorial do <i>corpus</i> dos conselheiros regionais .....	132
4.1.3 Representações Sociais dos Conselheiros Distritais acerca do Controle Social em Saúde no DF- Análise do Dendograma das classes estáveis do <i>corpus</i> dos Conselheiros Distritais .....	133

4.2 Resultado do questionário aplicado ao CSDF .....	145
<b>5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	147
5.1 As Representações Sociais dos Gestores acerca do controle social em saúde no DF- Fragilidade do poder dos conselhos, defesa da privatização, atenção básica: intenção e prática .....	147
5.1.1 A fragilidade do poder dos conselhos .....	148
5.1.2 A defesa da privatização da saúde.....	151
5.1.3 A Atenção Básica: intenção e prática.....	154
5.2 As representações sociais dos Conselheiros Distritais acerca do controle social em saúde – A Atenção Primária como política externa e a privatização como solução para o caos na saúde .....	156
5.3 As representações sociais dos Conselheiros Regionais acerca do controle social – O foco na assistência, a participação como “vontade”, a falta de apoio da gestão, a distância do poder .....	159
5.3.1 A dificuldade de acesso à saúde e baixa qualidade dos serviços prestados .....	159
5.3.2 Processo participativo frágil e baixo desempenho do Conselho enquanto controle social em saúde.....	160
5.4 Análise e discussão do Relatório Final da VII Conferência de Saúde do Distrito Federal .....	163
5.5 Em busca de uma síntese: Representação social- Potencialidades e fragilidades do controle social em saúde no DF – A intencionalidade dos conselheiros, sobre as políticas de Saúde no DF. ....	167
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	175
<b>ANEXOS</b> .....	187

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Conselhos Municipais no Brasil .....	63
<b>Figura 2:</b> Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma das classes estáveis do <i>corpus</i> Gestores .....	100
<b>Figura 3:</b> Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma das classes estáveis do <i>corpus</i> Conselheiros Regionais .....	116
<b>Figura 4:</b> Análise fatorial de correspondência do <i>corpus</i> dos Conselheiros Regionais .....	132
<b>Figura 5:</b> Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma das classes estáveis do <i>corpus</i> dos Conselheiros Distritais .....	134

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1:</b> Conselhos Municipais no Brasil (2001) – distribuição espacial e diferencial de institucionalização .....	63
<b>Quadro 2:</b> Estudo comparativo das funções, estrutura e processos de decisão em conselhos no Brasil (GOULART, 2010).....	65
<b>Quadro 3:</b> Competências dos Conselhos de Saúde .....	80
<b>Quadro 4:</b> Análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal na formulação de Políticas Públicas de Saúde .....	171
<b>Tabela 1:</b> Frágil relação entre o conselho distrital e os conselhos regionais de saúde. Relação pautada pela burocratização e pelo autoritarismo.....	101
<b>Tabela 2:</b> Defesa do modelo de gestão hospitalar por meio de OS, desqualificação do SUS no DF e entorno, e negatização do papel do conselheiro. ....	105
<b>Tabela 3:</b> Privatização da saúde, atenção secundária e terciária como prioridade, desqualificação política do Conselho e ouvidoria como espaço prioritário de interlocução com os usuários .....	108
<b>Tabela 4:</b> Atenção Primária como prioridade do governo do DF – contradições entre intenção e práticas .....	112
<b>Tabela 5:</b> Dificuldades de acesso à assistência- propostas para a melhoria: acolhimento e humanização .....	114
<b>Tabela 6:</b> Dificuldades de acesso a vagas, para consultas especializadas no centro de saúde.....	118
<b>Tabela 7:</b> Baixa qualidade do atendimento: interação/comunicação profissional-paciente; Modelo de atenção à saúde, adotado. ....	123
<b>Tabela 8:</b> Relação entre o processo de planejamento da saúde e o desempenho do Conselho de saúde .....	128
<b>Tabela 9:</b> Fragilidade e baixa força política do Conselho como instância de deliberação na saúde. ....	130
<b>Tabela 10:</b> Atenção Primária como política externa .....	135
<b>Tabela 11:</b> Processo participativo mediado pela ouvidoria.....	137
<b>Tabela 12:</b> Aumento da demanda X Tamanho e estrutura da rede.....	138
<b>Tabela 13:</b> Modelo de Gestão- dissonância entre Conselho e Gestão.....	140
<b>Tabela 14:</b> Contratação de leitos de UTI.....	141
<b>Tabela 15:</b> Falta de estrutura para o Conselho .....	143
<b>Tabela 16:</b> Conselho fora dos processos de tomada de decisão .....	144

## LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência adquirida

AIS - Ações Integradas de Saúde

AL - América Latina

ALCESTE – Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CDES - Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CDPH - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Humana

CEBES - Centro de Estudo Brasileiro em Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNPS - Conselho Nacional de Previdência Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CODEPLAN - Companhia de Planejamento

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Humana

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COSEMS - Conselhos de Secretários Municipais de Saúde

CRS – Conselho Regional de Saúde

CS - Controle Social

CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal

CSDF- Conselho de Saúde do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

DNERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais

DODF – Diário Oficial da União do Distrito Federal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GDF - Governo do Distrito Federal

GT - Grupo de Trabalho

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
LOS - Lei Orgânica da Saúde  
MS - Ministério da Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONG - Organização Não Governamental  
OS - Organização Social  
PCdoB – Partido Comunista do Brasil  
PID - Programa de Inclusão Digital  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PSF - Programa de Saúde da Família  
RA - Região Administrativa  
RIDE DF - Região Integrada do Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal  
RS - Representações Sociais  
RSB - Reforma Sanitária Brasileira  
SES - Secretaria de Estado da Saúde  
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde  
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único da Saúde  
UCE – Unidade de Contexto Elementar  
UCI - Unidade de Contexto Inicial  
UPAS- Unidades de Pronto Atendimento  
UTI- Unidade de Terapia Intensiva

## INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas do século XX, a expansão do neoliberalismo no mundo acarretou considerável diminuição do papel do Estado, sobretudo, nas relações sociais. Nesse período, não obstante as crescentes demandas por políticas sociais, o Estado se distanciou da economia e o mercado assumiu, cada vez mais, a soberania frente às demais áreas (DAGNINO; OLIVERA; PANFICHI, 2006). No plano internacional, caracteriza-se a eliminação de barreiras para a circulação de bens e capitais e a abertura de países ao capital internacional, definindo-se, assim, um novo rumo para o capitalismo (DUMENIL; LÉVY, 2004).

Paralelo à redução das fronteiras comerciais, em muitos domínios o poder estatal voltou-se para o estabelecimento de políticas monetárias, visando à estabilidade dos preços. Estruturou-se, assim, o “governo de empresa”, direcionado aos interesses dos acionistas e impondo disciplina aos trabalhadores e gerentes por meio da ampliação da liberdade de compra e venda de empresas, inclusive de filiais, realizando fusões, empregando e demitindo trabalhadores e infligindo a esses, a restrição dos seus direitos (DUMENIL; LÉVY, 2004). No campo político, assistiu-se nessa época a muitos revezes democráticos nos quais, em diversos países, a democracia foi substituída por regimes autoritários (DAHL, 2001).

Entretanto, as contradições que atravessaram esse projeto reacionário de transformação social (DUMENIL; LÉVY, 2004) resultaram ainda no final do século XX, no triunfo democrático em diversas nações, onde “o alcance das ideias, instituições e práticas democráticas tornaram esse século, de longe, o período mais florescente para a democracia na história do homem” (DAHL, 2001, p 161).

A correlação desfavorável de forças, que por um longo tempo predominou no mundo, acumulou, por outro lado, fatores objetivos para um salto transformador na situação política, econômica e social, impondo novos desafios à luta emancipadora dos povos (RABELO, 2009). Com isso, cresceram as lutas políticas e sociais, as lutas democráticas e a luta pela paz no mundo. Essas ações podem se tornar em uma resposta dos povos às políticas imperialistas e de guerra, ainda hegemônicas.

Um dos marcos desse movimento tem sido o Fórum Social Mundial, como um espaço internacional para a reflexão e organização de todos os países e grupos sociais que se contrapõem à globalização neoliberal. Esse Fórum tem sido fundamental para a visibilidade de nações que vem buscando construir alternativas favoráveis ao desenvolvimento humano e



à superação da dominação dos mercados em cada País e em suas relações internacionais.

É no bojo dessas lutas, que novos caminhos são descortinados; novas saídas são encontradas, ressaltando a discussão da formulação de alternativas aos ditames neoliberais em cada País (RABELO, 2009). Entretanto, a discussão da consolidação de canais democráticos participatórios nos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina (AL), tem sido abordada com precaução por alguns autores.

Dagnino *et al.* (2006) afirmam que a história da AL, nos seus aspectos culturais e institucionais, marcadamente autoritários, deixou uma herança que incide, sobremaneira, no atual confronto teórico e prático nessa região. Persiste a disputa entre o desenvolvimento de uma democracia elitista dominante e o projeto de desenvolvimento democrático e de transformação social na América Latina.

No Brasil, após 21 anos de regime militar autoritário e de restrições da liberdade, a ideia de participação ressurge na agenda política. Uma nova “institucionalidade pública” foi criada com a Constituição Federal de 1988, admitindo a combinação de formas de democracia direta com a democracia representativa (GOHN, 1988). Ademais, o cenário atual do Brasil está configurado por regras estabelecidas e formalmente funcionando, sendo que as eleições diretas e periódicas, a mídia livre, a divisão e funcionamento dos poderes e instituições, o pleno funcionamento do Congresso Nacional, o respeito à soberania dos estados ilustram esta reconfiguração da democracia no País.

Assim, essas mudanças institucionais proporcionaram a disseminação de instâncias democráticas no Brasil, que passaram a agir sob o princípio da participação de cidadãos, nas decisões e controle de políticas públicas. Todavia, para Del Vecchio (2006), a democracia no Brasil carece, ainda hoje, de um projeto com maior nitidez, uma vez que essa construção, marcadamente movida pelas circunstâncias que sucederam o regime militar demonstrou a baixa capacidade da oposição em estabelecer consensos sólidos, em relação ao tipo de democracia que se buscava no Brasil.

Como resultado, viu-se um quadro de polarização antagônica no qual, de um lado estavam os defensores da democracia representativa, como formulação jurídica, que não admitiam nenhuma interação com ações da democracia direta e, do outro, os apologistas da democracia direta, que consideravam a democracia representativa uma forma superada de democracia (DEL VECCHIO, 2006).

Del Vecchio (2006) pontua, ainda, que o caminho da democracia no Brasil foi permeado por interesses imediatos e necessidades urgentes para a acomodação de forças partidárias. Essa construção, contaminada por formulações insuficientes, não passou do

campo das disputas políticas ao invés de proposições mais estratégicas orientadas para o novo regime que se formava.

Assim, esse caminho trilhado pouco contribuiu para definições políticas mais elaboradas, que confluíssem para a configuração de ações que resultassem na afirmação da soberania popular (DEL VECCHIO, 2006).

No entanto, outros autores (SOUSA, 2001; SOUZA, 2002) questionam as possibilidades virtuosas da descentralização como um processo democrático, em um País marcado por alto grau de desigualdade social, econômica e regional, onde são evidentes os conflitos entre o poder redistributivo do Estado democrático e a hegemonia neoliberal, voltada para a acumulação de capital e elaboração de políticas minimalistas.

Essa realidade exige o reconhecimento da heterogeneidade em curso, e a identificação dos diferentes projetos que permeiam as relações entre a sociedade civil e a sociedade política (DAGNINO *et al.*, 2006) e ainda explicita a necessidade da discussão sobre os modelos de poder desenvolvidos no País e como esses respondem à democracia contemporânea.

Ressalte-se que, na área da saúde, a luta pela democracia aconteceu como resultado de um longo movimento em defesa dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde para o Brasil. Esse movimento se materializou na proposta da Reforma Sanitária Brasileira, que se orientou pelo fortalecimento dos direitos de cidadania, pela participação da sociedade e pelo resgate da importância do espaço político público para o desenvolvimento das ações de saúde (RONCALLI, 2003).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), como política social, concebe a saúde como direito de cidadania e aponta para o resgate da dimensão crítica do processo saúde-doença-cuidado, orientado para mudanças na ordem posta pelas políticas públicas. Portanto, o novo sistema de saúde surge no Brasil, com as marcas da descentralização e da democratização, para o qual são definidas atribuições específicas aos três entes federados (União, estados e municípios) com a garantia da participação social na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde (PAIM, 2002).

Um dos componentes fundantes do SUS, que se destaca nesse contexto, é o controle social na saúde, considerada uma das conquistas mais importantes no processo de redemocratização das políticas públicas brasileiras. Por meio dos Conselhos de Saúde, como instâncias de controle das ações do SUS, o exercício do controle social garante a participação popular nas deliberações e nos rumos das políticas de saúde nas três esferas de governo (RAMOS, 1996).

Nesse contexto, os Conselhos de Saúde se constituem em novos centros de poder e contribuem para trazer ao espaço público, o debate de demandas da sociedade, antes só discutidas nos gabinetes. Todavia, em um País como o Brasil, ainda insuficientemente irrigado pela legitimidade democrática, onde vivenciamos situações tão díspares na sociedade e marcado pelas desigualdades sociais, o avanço democrático está associado às condições concretas do exercício da democracia tendo, como caminho, a descentralização e a participação cidadã (SANTOS JR., 2001).

A tradição de participação pouco expressiva, o forte clientelismo político ainda presente nas instituições brasileiras e a baixa cultura cívica no País levam a uma concentração muito grande do poder nas mãos do executivo local (SANTOS JR., 2001), dificultando a atuação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Se por um lado existe otimismo em considerar os conselhos como instituições capazes de assegurar o curso democratizante da reforma sanitária brasileira, por outro, se ressalta a alta capacidade de articulação das forças hegemônicas em manipular a máquina estatal, sem considerar qualquer outro formato institucional (CECILIO, 1997). A esta opinião se junta a de que os conselhos se constituem como arremedos de participação que servem à legitimação da ordem vigente, justificado pela baixa capacidade de organização e incipiente prática política da sociedade como afirmam Carvalho (1995) e Roncalli (2003).

Após 22 anos da criação e implementação do SUS e de experiências democráticas e de participação na saúde, garantidas pela estruturação dos conselhos, observa-se que essa prática não é substantiva, sendo muito mais burocrática e procedimental (CARVALHO, 1995; RONCALLI, 2003). Faz-se necessário, portanto, aprofundar na radicalização da soberania popular, fomentando a participação cidadã e a criação de instrumentos e medidas de empoderamento da sociedade, em todos os níveis de governo e na gestão das políticas públicas.

Entende-se que os diferentes espaços de participação, tanto sociais quanto políticos, concorrem para o surgimento do cidadão que promove e consolida o processo democrático, pois, segundo Demo (1999, p.71), “não há democracia sem seu ator principal, que é o cidadão”. A participação política na democracia é um aspecto fundamental para o desenvolvimento humano, uma vez que as pessoas querem ser livres para determinar seus destinos, para expressar suas opiniões, para participar das decisões sobre suas vidas (PNUD, 2002 a).

Por outro lado, a discussão e análise de arenas decisórias, suas regras e a força dos atores sociais na relação com o Estado, assim como a emergência de novos formatos de

participação na definição de políticas públicas específicas, demanda um aprofundamento sobre a democracia. Assim, a democracia, como categoria analítica, é fundamental para este estudo, pois possibilita a compreensão dos mecanismos pelos quais as massas populares se organizam de baixo para cima e se constituem em sujeitos coletivos na participação nas políticas e nas decisões do Estado.

Entende-se por democracia, o regime político que se opõe e supera os pressupostos teóricos da democracia liberal clássica e assume a edificação de um Estado democrático inovador, capaz de imprimir uma marcha contínua de desenvolvimento em prol da Nação, com ampla liberdade política para o povo. Essa forma de regime político pressupõe a combinação entre democracia representativa e democracia direta, com ampla participação e consulta popular na decisão dos temas de grande interesse nacional. Esse regime deve também apontar para a construção de um caminho de avanço civilizacional, rumo à construção de outra sociedade mais justa e igualitária (PCdoB, 2009).

Santos (2007) chama a atenção para o fato de que a atribuição de vários significados às palavras democracia, legalidade e direitos humanos, tornou-as instrumentos de uma gramática social legitimadora da ordem ocidental hegemônica. A tarefa de reinvenção da emancipação social, tanto no campo epistemológico quanto no campo político possibilita que esses instrumentos sejam utilizados a partir de novas elaborações semânticas. Nesse sentido, Santos (2007) desenvolve o conceito de demodiversidade definida como a configuração das diversas formas de democracia ao lado da concepção hegemônica da democracia liberal-representativa. O autor sugere que a leitura da pluralidade humana para a concepção contra-hegemônica de democracia faz-se a partir de dois critérios distintos: a criação de uma nova gramática social e cultural e o entendimento da inovação social articulada com a inovação institucional (SANTOS, 2002).

Para Santos (2007), politizar a sociedade demanda identificar as relações de poder existentes e criar formas práticas de transformá-las em relações de autoridade partilhada, esta entendida como o desenvolvimento da lógica de reciprocidade entre o princípio da igualdade e o do reconhecimento da diferença.

A autoridade partilhada se constitui em divisor de águas entre democracia de alta intensidade e democracia de baixa intensidade. Para Santos (2007), a autoridade, se mais partilhada, resulta em uma democracia mais participativa. E quanto maior for a reciprocidade e o reconhecimento da diferença, mais direta será a democracia (SANTOS, 2007).

O processo democrático necessita de outro elemento: a politicidade, definida por Demo (2002a) como a habilidade política humana de saber pensar e intervir, criticamente,

tendo como desafio, formar sujeitos com autonomia crítica, criativa e histórica, capazes de propor projetos alternativos de sociedade (DEMO, 2002a). Entende-se, portanto, tratar-se de um processo contínuo de conquista, de confrontar com obstáculos e de superar entraves, gestando cidadãos com história própria.

Para Demo (2002a), o motor da politicidade humana consiste no enfrentamento dos limites postos, sejam sociais, econômicos, culturais ou biológicos, numa (re)construção permanente e inacabada do conhecimento, como instrumento da razão humana no manejo da qualidade política inerente aos seres vivos.

Ressalte-se, segundo o autor, que a politicidade sendo “poder”, atua na trama das relações pessoais como mediadora entre a racionalidade prepotente e a emoção ingênua, não evocando, portanto, somente o lado bom da humanidade. No entanto, na injustiça e na manipulação política pode estar o germe da construção da sociedade mais igualitária, uma vez que se desenvolva, nos cidadãos, a habilidade crítica de se reconhecerem como objetos de manipulação. Ademais, esse complexo dinamismo político pode evoluir para o desenvolvimento da consciência crítica e do *empowerment* que, neste contexto, segundo Demo (2003, p.39) significa “organizar-se politicamente para ir além da cidadania individual, atingindo o patamar coletivo”.

Uma forte demonstração de qualidade política é a presença do controle democrático pela sociedade, pelo qual os detentores de cargos públicos não possuem autoridade e nem recursos próprios. A qualidade política da sociedade igualmente define a qualidade da democracia do Estado como instância delegada de serviço público (DEMO, 2006).

Portanto, a pretensão deste estudo é aprofundar o conhecimento sobre os Conselhos de Saúde como espaços sobre os quais se desenvolvem práticas sociais e políticas concretas. Para isso, buscou-se focar os conselhos, na sua existência real, como componentes gerais do arcabouço jurídico institucional e político do setor de saúde no Brasil, procurando investigar sobre o Conselheiro (sujeito) e seu protagonismo no controle social da saúde, percebendo o seu reconhecimento como sujeito da ação do SUS e sobre quais recursos de poder estão disponíveis para o exercício do controle social e de corresponsabilização com as ações de saúde.

A escolha do Distrito Federal (DF) para o desenvolvimento desta pesquisa se deu em consideração à sua singularidade, uma vez que se comporta como Estado/Município e, na área da saúde, possui um Conselho Distrital e diversos conselhos regionais, ou seja, com uma conformação que pode favorecer uma articulação entre os Conselhos e possibilitar a construção de políticas públicas de saúde mais amplas e equânimes.

Ademais, a opção de se realizar o estudo no DF, também se justifica pela sua particularidade político-territorial, pois, como centro do poder político nacional, exerce uma polaridade nessa região, o que pressupõe a necessidade de estudos mais aprofundados dos problemas da Saúde ali desenvolvidos.

A instalação da Capital Federal no Planalto Central alterou, sobremaneira, os cenários dessa vasta região. Incrustado no centro do território goiano, o DF tem atraído populações de todas as regiões brasileiras, agregando como resultado desse rápido crescimento demográfico, desigualdades socioeconômicas, consequências, também, de políticas públicas excludentes.

Brasília foi inaugurada em 1960 e, juntamente com ela, cresceu em torno do Plano Piloto uma complexa periferia, constituindo-se as cidades satélites ou Regiões Administrativas (RA) e que, de acordo com a Constituição de 1988, não possuem autonomia política (VASCONCELOS, 1988).

A ampla estrutura social do DF, concretizada desde 1960 com a construção de Brasília, principalmente nas áreas de saúde e educação continua a atrair populações pobres de diversas regiões do País, suscitando reflexões sobre o modelo de desenvolvimento e de políticas, necessário à melhoria da qualidade de vida de sua população e de seu entorno. Essa migração concentrada e contínua fez com que, na década de 1980, as taxas de crescimento populacionais desta região se aproximassem de 5,6% ao ano (BRASIL, 2000).

Um dos maiores desafios para o Sistema Único de Saúde na atualidade é a oferta de atenção à saúde nos grandes aglomerados urbanos. As condições de saúde das populações urbanas são a expressão mais emblemática das formulações das políticas sociais, refletindo os avanços e limitações das condições de vida e de trabalho, bem como o resultado da integração mais ou menos adequada das políticas públicas (FUNDAÇÃO JOÃO MANGABEIRA, 2008).

Nas grandes cidades brasileiras, as redes de assistência à saúde, de modo geral, não estão preparadas e dimensionadas para conseguirem atender à demanda existente, seja ela gerada pela sua própria população ou condicionada pela vinda de pacientes oriundos de áreas sem oferta ou com oferta insuficiente de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A expansão de grupos populacionais, como resultado da rápida urbanização proveniente dos processos migratórios das ações de territorialização e reterritorialização, provoca o alargamento concomitante de desemprego, miséria e violência. Esse quadro social gera, ainda, um aumento da morbimortalidade na região, como consequência da fragilidade das redes de proteção à saúde daquela população (FUNDAÇÃO JOÃO MANGABEIRA, 2008).

Essa nova conformação de aglomerados urbanos foi denominada de cidades-região (KLINK, 2001) que se constituem de áreas metropolitanas, com população superior a um milhão de habitantes, convivendo com um alto fluxo migratório, caracterizado pela diversidade socioeconômica e cultural e com forte presença de grupos marginalizados. Para esse autor, um dos desafios desses espaços regionais é o de conformar novos ambientes de participação e de democracia local, no qual o sujeito, como cidadão, amplie sua identidade e grau de pertencimento.

Para Paim e Teixeira (2007),

prevaecem, principalmente nas periferias das grandes cidades, um sistema híbrido de governo no qual instituições e mecanismos da democracia participativa convivem com novas formas de patronagem local representadas pelas entidades de assistência social criadas por vereadores, deputados, prefeitos, como forma de, ao mesmo tempo, se apropriarem privadamente dos fundos públicos e constituírem clientelas cativas (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1821).

Pela complexidade constatada, argumenta-se que a gestão da saúde, portanto do controle social no DF, exige compreensão e intervenções muito específicas. Assim sendo, as questões as quais se pretende tratar neste estudo são: qual é a capacidade democrática dos conselhos regionais para exercerem o controle social na gestão da saúde do DF? Os conselhos regionais têm contribuído para processo de formulação de políticas públicas de saúde do DF? É possível ampliar as possibilidades de participação dos conselheiros de saúde, de forma ativa e crítica, em uma região com graves problemas estruturais, políticos, sociais e econômicos?

## **OBJETIVOS**

### **Geral**

Analisar o controle social em saúde no DF, mais especificamente, a capacidade democrática dos conselhos regionais de saúde, com o intuito de verificar suas potencialidades e fragilidades.

### **Específicos:**

Identificar e analisar:

1. as representações sociais dos gestores, conselheiros distritais e regionais de saúde acerca do controle social em saúde;
2. as práticas relacionadas ao controle social em saúde, desempenhadas pelos gestores, conselheiros distritais e regionais;
3. a capacidade de articulação entre os gestores da saúde, conselheiros distritais e regionais no processo de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde do DF;
4. as intencionalidades estabelecidas nas políticas de saúde na VII Conferência de Saúde do DF e a sua relação com as expectativas expressa pelos conselheiros de saúde.



## **1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DAS LUTAS SOCIAIS POR SAÚDE NO BRASIL**

A saúde de um povo é a demonstração concreta das suas condições de existência, e é proporcionada pela ação do Estado por meio de mecanismos de proteção social como as políticas públicas (RONCALLI, 2003).

O Estado, como representante da relação das forças sociais em luta pela realização de seus objetivos, além do seu conteúdo repressor, ideológico e burocrático, "expressa, na realidade uma relação de forças sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos" (PAIM, 1987, p.45).

Portanto, a compreensão da complexa realidade da saúde no Brasil requer o aprofundamento sobre os determinantes históricos envolvidos na construção desse setor, assim como das políticas de saúde, resultantes dos distintos projetos no interior e fora do Estado. Requer, ainda, a análise de questões relacionadas à distribuição e redistribuição de poder no Estado e dos conflitos inerentes a essa relação, aos processos de decisão e à forma com que os benefícios e custos sociais são repartidos (LIMA, 2006).

As Políticas de Saúde refletem a resposta social do Estado frente aos problemas de saúde que podem manifestar-se pela ação ou omissão diante dos danos e riscos que atingem a população. Assim, justifica-se a relevância de identificar historicamente, as formas de enfrentamento, bem como a intervenção do Estado "sobre a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade" (PAIM, 1997, p. 89).

Desse modo, pretende-se com esta abordagem, delinear a natureza da ação social do Estado brasileiro no que se refere à política setorial da saúde, bem como identificar as bases sociais do seu padrão de intervenção refletidas no desenho das políticas concretizadas. Para isso, buscou-se analisar o processo de implementação dessas políticas, principalmente, pós Constituição de 1988, seus mecanismos de operacionalização e o impacto dessa prática sobre a ordem social no Brasil.

No entanto, para entender o contexto brasileiro, julga-se necessário discorrer, brevemente, sobre a construção das políticas sociais nos países capitalistas, assim como o advento do *Welfare States* ou Estado de Bem-Estar Social.

## 1.1 As políticas sociais

A expressão “Política Social” vem sendo empregada desde o século XIX, e surgiu para fazer frente à política jurídica que dominava a teoria de Estado, naquela época (ROMERO, 2004). Desde então, têm surgido diversas definições para esta questão. Romero (2004) afirma que as formulações de política social são tantas quanto o número de autores que escreveram sobre o tema e que essas correspondem às ideologias, perspectivas e concepções de mundo, desses autores.

No entanto, ao lado das inúmeras definições, há que se considerar o tema Política Social de demasiada importância para a sociedade moderna, interferindo, sobremaneira, na forma de distribuição dos recursos materiais e no suprimento das necessidades coletivas e básicas dos cidadãos. O sentido coletivo público de Política Social se refere à garantia das condições gerais que visam impedir a marginalização social em qualquer circunstância e, em termos convencionais, circunscrevem-se às necessidades e ao direito à saúde, à educação, ao trabalho, entre outros (ROMERO, 2004).

A expressão “Política Social” foi utilizada pela primeira vez em meados do século XIX com o sentido de regulação das questões sociais e ao lado de outros conceitos que se desenvolviam, como contraponto à política jurídica que norteava a Teoria do Estado daquela época (ROMERO, 2004).

Do ponto de vista histórico, o conceito de Política Social está vinculado à existência do Estado, sendo considerado um instrumento do Estado moderno no sentido de diminuir os conflitos sociais que se acumulavam desde o século XIX. O marco da estruturação das Políticas Sociais foi o final da II Guerra Mundial, quando, principalmente na Europa, desenvolveu-se o conceito de bem-estar coletivo, e o surgimento do Estado benfeitor ou Estado protetor, denominado Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State* (ROMERO, 2004) numa tentativa de fazer frente ao conflito entre capital e trabalho.

As bases fundamentais para a estruturação do moderno Estado de Bem-Estar Social estão fundadas no Estado Social de Direito que surgiu em oposição à visão liberal do antigo Estado de Direito (ROMERO, 2004).

Para melhor entender o sentido das Políticas Sociais e suas diversas demonstrações, faz-se necessário abordar, brevemente, o conteúdo sobre o que vem a ser o Estado Social. Segundo Romero (2004), o Estado Social foi definido e institucionalizado pela primeira vez com formato constitucional, em 1949, pela Lei Fundamental da República Federal da Alemanha, cujo Artigo 20 definia a República como um Estado federal, democrático e social

de Direito. O surgimento do Estado Social de Direito teve como pressuposto um acordo entre posições socialistas e liberais resultando em uma conformação de cunho mais moderado e reformista, no sentido de adaptar o Estado tradicional (Estado Liberal Burguês) às novas condições existentes no período industrial e pós-industrial. Assim, o Estado Social buscou abordar, além dos aspectos de bem-estar, assegurados pelo Estado, problemas gerais do sistema estatal daquela época que exigiam um processo de estruturação da sociedade pelo Estado, assim como a estruturação do Estado pela sociedade (GARCIA PELAYO, 1982).

Ressalte-se que os aspectos assegurados na época, pelo Estado democrático liberal consistiam na liberdade, igualdade, propriedade individual, direitos jurídicos e a participação eleitoral. Dessa forma, o Estado social e democrático os reafirma como direitos formais que não exigem custo para sua implantação e propõem a conformação dos direitos materiais que demandam, por outro lado, investimentos econômicos e a redefinição dos gastos públicos, destinados aos gastos sociais.

Estes sistemas de proteção social surgem, também, pressionados pelo fortalecimento da revolução socialista na União Soviética e pelo crescimento da classe operária e organização de esquerda. (RONCALLI, 2003). O modelo desenvolvido na Europa parte da reformulação do conceito de seguro social, alicerçado na contribuição dos trabalhadores para o conceito de seguridade social, em que o Estado assume o compromisso de prover os cidadãos de um nível mínimo de bem-estar (ANDREAZZI, 1991).

Partindo-se de um princípio de justiça, os sistemas de proteção social se constituem pelas políticas públicas de natureza social, nas quais suas principais funções são: de promover proteção para toda a população, realizar políticas redistributivas e satisfazer as necessidades econômicas e não econômicas da nação, como por exemplo, programas de renda mínima (CARVALHO; GOULART, 1998).

Jose Luiz Fiori (1997) aponta que três estudos se destacam sobre o tema dos sistemas de proteção social no mundo: os estudos de cunho historiográficos, que enfatizam a evolução da proteção social e apesar de não priorizarem a densidade teórica definem como paradigmas originários de intervenção social do Estado na história da modernidade capitalista, (que se estende até o fim do século XIX), o sistema inglês e o alemão. A segunda posição, que para Fiori (1997) é a que mais aprofunda o campo conceitual, se destaca pelos autores clássicos como George Marshall que trabalha com a evolução da cidadania em três componentes: o civil, o político e o social, e pelo estudo comparativo de Flora e Heideheimer, que associa o início do *Welfare* nos últimos três decênios do século XIX, com o surgimento da democracia de massas. A terceira posição a que se refere o autor apresenta o conceito de *Welfare State*

contemporâneo e tem em Esping-Andersen e Mishra, seus principais formuladores. Esses autores, ao contrário dos anteriores sustentam que houve uma ruptura qualitativa entre as políticas sociais que antecedem a Segunda Guerra Mundial e o que denominam de *Welfare State* contemporâneo.

Para Fiori (1997), as formulações contemporâneas de Esping-Andersen e de Mishra foram as que conseguiram delinear melhor o conceito de “proteção social” e também identificar os padrões históricos anteriores de organização das políticas sociais de tipo privado ou governamental, assistencial ou contratual, dando conta, segundo o autor, das diferenças e discontinuidades entre as diversas experiências de *Welfare*.

Segundo Fiori (1997), as formulações de Esping-Andersen sobre o “Estado de Bem Estar Social” não deve se ater somente aos campos do direito e das garantias, precisa considerar, também, de que forma as atividades estatais se articulam com os papéis do mercado e da família no que se refere à provisão social. Sobre o pensamento de Mishra e Fiori (1997) advoga que o Estado de Bem Estar Social existiu, de fato, após 1950, quando os interesses de universalização dos serviços sociais se juntaram ao objetivo do pleno emprego que norteou as políticas econômicas nacionais até a década de 1980.

É importante ressaltar que uma complexa rede de determinações econômicas, ideológicas e políticas definiu e diferenciou o Estado de Bem-Estar Social, dito contemporâneo, dos sistemas anteriores de organização das políticas sociais governamentais; assim como explicitou as diferenças que separam as várias experiências nacionais de *Welfare State* (FIORI, 1997).

No sentido de estruturar essa diversidade, alguns autores construíram tipologias para aglutinar as diversas experiências em padrões básicos, caracterizados principalmente pela forma de financiamento, natureza dos serviços oferecidos, importância dada ao setor público, modelo de organização institucional, percepção e relação com os sistemas políticos etc. (FIORI, 1997).

Destaca-se entre estas tipologias a tradicional classificação sugerida por Titmus (1983) *apud* (ORTIZ *et al.*, 1996; CARVALHO; GOULART, 1998) que propõe três modelos de política social para os países capitalistas: (1) o padrão ou modelo *residual*, o qual a política social só intervém de forma temporária, deixando para a família e para o mercado as principais soluções das demandas pela sobrevivência, ilustrado principalmente pelos Estados Unidos; (2) o padrão ou modelo meritocrático-particularista, no qual o sistema de *Welfare* intervém somente para corrigir as ações do mercado. Nesse modelo, as políticas sociais se

subordinam à racionalidade econômica e o Estado só atua em grupos populacionais carentes, como pobres e velhos (RONCALLI, 2003).

A terceira e última classificação feita por Titmus (1983 *apud* ORTIZ *et al.*, 1996; CARVALHO; GOULART, 1998) refere-se ao padrão ou modelo institucional redistributivo, voltado para o Estado garantidor da produção e distribuição de bens e serviços sociais, oferecidos a todos os cidadãos, universalmente. Este modelo de proteção social é o que mais aproxima a ideia de direito social ao conceito de cidadania e que, segundo Titmus (1983 *apud* ORTIZ *et al.*, 1996; CARVALHO; GOULART, 1998), é definido por Estado de Bem Estar Social. Os países que mais representam esse padrão são os nórdicos e os países escandinavos.

Retoma-se aqui, de forma mais detalhada, o conceito de Marshall sobre cidadania, (TEIXEIRA, 1987), que analisando a evolução histórica inglesa da conformação dos direitos dos cidadãos, destaca três elementos constitutivos deste conceito: o *civil*, que abrange os direitos de ir e vir, das liberdades individuais, a liberdade de religião ou crença, de imprensa e da propriedade, os quais tribunais de justiça se constituem como vertente institucional deste componente; o *político* que garante que o cidadão participe da vida política, resguardando o seu direito de votar e ser votado, e tem como principais instituições o parlamento e os conselhos. Para Marshall (196 *apud* Teixeira (1987) o último componente, o *social*

[...] se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem da sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais (MARSHALL, 1964 *apud* TEIXEIRA, 1987, p. 25).

Ressalte-se que os elementos propostos por Marshall para a constituição da cidadania tiveram desenvolvimento e percursos históricos diferenciados nos diversos países. Na Inglaterra, por exemplo, a cidadania se estruturou de forma bastante lenta, sendo que os direitos civis foram conquistados no século XVIII; os direitos políticos, com a conquista do direito de votar, a eleição de operários e a criação do partido trabalhista, no século XIX e os direitos sociais só foram introduzidos no século XX (CARVALHO, 2009).

No Brasil, os direitos sociais foram os primeiros a surgir, principalmente, a partir dos anos 1930, alterando a lógica das conquistas de cidadania. Nessa época o contexto político era de alternância entre os regimes democráticos e as ditaduras. Assistia-se a grandes avanços na legislação social, ao lado da quase nula participação política e precária vigência dos direitos civis (CARVALHO, 2009). No entanto, há que se ressaltar que os avanços assistidos nos

direitos sociais, no Brasil de 1930 a 1945 (desde a “revolução de 30”, até o final do Estado Novo, em 1945) foram acompanhados de diversos aspectos negativos. Entre eles, destacam-se entre eles: a concepção da política social como privilégio e não como direito; a cidadania regulada e limitada por restrições políticas; os sindicatos se transformando em órgãos consultivos e técnicos, abandonado o caráter de representação da categoria tornando-se em instituições aliadas ao governo e aos empregadores e negligenciando os interesses de classe.

A ênfase nos direitos sociais, em detrimento aos direitos políticos foi alicerçada em uma concepção populista da Era Vargas, que teve como resultante a cidadania tutelada, passiva e de dependência perante os líderes (CARVALHO, 2009).

Segundo os modelos propostos por Titmus (1983 *apud* ORTIZ *et al.* 1996), as políticas sociais brasileiras, até o final da década de 1980, poderiam ser classificadas como residuais e meritocrático-corporativas (ZANETTI, 1993), não havendo nenhuma correspondência ao Estado de Bem Estar Social. Essa classificação se justifica pelo caráter não universalista das Políticas Sociais brasileiras da época, em que os sujeitos da proteção social eram atrelados ao sistema previdenciário e o exercício de cidadania era determinado pela participação em categorias com contribuição previdenciária, não se configurando uma cidadania plena para toda a comunidade nacional.

Por outro lado, os sistemas de proteção social brasileiros, incluindo o sistema nacional de saúde, foram estruturados por demandas geradas pelo processo de industrialização que aqui se formava numa realidade de escassez orçamentária e limitações políticas. Portanto, a conformação das políticas sociais no Brasil, assim como as políticas de saúde, teve sua estruturação ancorada em um conceito de cidadania regulada (SANTOS, 1979).

## **1.2 As lutas em prol da saúde no Brasil**

Numa tentativa de relacionar a coerência das lutas sociais por saúde, com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, buscou-se, neste estudo, organizar a história das lutas sociais por saúde, em períodos que caracterizam a relação das lutas em prol da saúde com o processo mais amplo da constituição do Estado e da sociedade brasileira no século XX.

Assim, a reflexão partiu da perspectiva histórica, construída pelas lutas sociais por saúde, tendo em vista os seguintes pressupostos, propostos por Lima (2006): (1) a história da política de saúde é indissociável da evolução político-social e econômica da sociedade

brasileira; (2) o capitalismo nacional e internacional tem forte influência na determinação do setor saúde; (3) existe forte relação entre as lutas sociais no Brasil e os contextos sociopolíticos e econômicos no qual as lutas por saúde foram influenciadas por esses contextos, como influenciaram, também, na construção social e política do Estado brasileiro.

Assim, buscou-se com esse resgate histórico, conhecer e identificar a produção dos ideários ou matrizes do pensamento em saúde, como objeto de disputa social nos diversos momentos históricos do campo de saberes e práticas.

### 1.2.1 Primeira reforma sanitária brasileira

Duas características básicas marcaram as iniciativas de resolução dos problemas brasileiros de saúde no século XX, desde o início até os anos de 1980: a relação direta entre a definição das políticas de saúde e o modelo econômico vigente; a nítida separação entre ações de saúde pública e a assistência médica.

Um forte movimento sanitarista marcou o início do século XX no Brasil. Nesse contexto, várias doenças endêmicas e epidêmicas como a varíola, a malária, a peste e a febre amarela, assolavam o País. O Brasil era caracterizado, nesse período, como um "vasto hospital"(SANTOS, 1985). Essa realidade ameaçava os interesses comerciais agroexportadores do país e incidia diretamente sobre a vida da população, além de comprometer as relações comerciais do Brasil com outros países. Essa situação resultou nas ações de saneamento dirigidas aos portos, que eram os espaços de circulação de mercadorias e de chegada dos imigrantes, mão de obra decisiva para a cultura cafeeira, na época.

No plano político, se desenvolvia um Estado capitalista, fortemente assentado no domínio oligárquico, como desígnios da República que se afirmava. Com essa organização, dois atores políticos emergiam no cenário político: os coronéis e os bacharéis, numa relação em que os primeiros definiam as políticas, e os segundos as sustentavam como defensores que eram desta elite que se formava.

As políticas de saúde nesse contexto visavam erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar o modelo agroexportador do Brasil, e os interesses particulares das elites (MENDES, 1999). Segundo Hochman (1993), para outros a forma como eram enfrentados os problemas de saúde, vinculava-se a um novo projeto oligárquico de sociedade, mais amplo e complexo, caracterizado por distinguir, de um lado o Estado e as elites estatais (que sustentavam este projeto) e de outro, as elites societais.

Ademais, os movimentos por saúde, durante a República Oligárquica representavam a expressão dos projetos nacionalistas, integrados à modernidade proveniente da Europa e dos Estados Unidos, intensificados após a Primeira Guerra Mundial. Para essa corrente de pensamento, um Brasil moderno era um Brasil europeizado, no qual as conquistas civilizatórias estariam associadas ao progresso das cidades.

Na academia e nas instituições de pesquisa, formavam-se profissionais, principalmente médicos, orientados pelo paradigma da bacteriologia, praticados na França e na Alemanha. Dessa concepção centrada no combate às epidemias das cidades, surgem duas grandes instituições de pesquisa de saúde no Brasil: o Instituto Soroterápico Federal, atual fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã, em São Paulo.

Surgem assim, os higienistas sanitaristas, que exercem forte influência na produção de conhecimentos, centrados nas concepções sobre as doenças transmissíveis e na constituição de um setor público de saúde que tinha como meta estratégica a proposta de ações coletivas de saúde, focadas, principalmente, no saneamento (MEHRY, 1992).

As políticas propostas por esses profissionais, liderados na época (1904) pelo sanitarista Oswaldo Cruz, reforçavam o fortalecimento da autoridade estatal e do papel do governo federal. A “grande cruzada” contra as doenças no Rio de Janeiro, que incluía a vacinação obrigatória, aliada às ações das autoridades na época, em prol da urbanização da cidade, com a abertura de largas avenidas, demolição de casas ditas insalubres e a expulsão de seus moradores, fez surgir uma das revoltas populares mais importantes no Brasil, a Revolta da Vacina. Esse movimento, composto, principalmente pela população pobre, além de combater a vacinação compulsória e a reforma urbana, denunciava as precárias condições de vida da população (CHIOZZINI, 2005).

Em meio a esse contexto, duas correntes de pensamento nacionalista se configuravam: uma voltada para o crescimento e o progresso das cidades, e outra que buscava a integração do interior do País, ao projeto de construção nacional. Essa última corrente teve forte influência no posicionamento dos sanitaristas da época que, sensibilizados pelas condições de saúde da população, principalmente a rural, passaram a pensar o País e seus problemas, considerando o descaso do poder público como um entrave aos avanços civilizatórios.

Assim, o movimento sanitário da Primeira República, conhecida como a Era do Saneamento, propiciou uma grande contribuição à construção do projeto ideológico de nacionalidade (SANTOS, 1985). Estava claro para esses profissionais de saúde que o atraso do Brasil se devia às doenças e não ao determinismo biológico.



Esse pensamento impactou sobremaneira, na percepção do Estado nacional como responsável pelas políticas de saúde. Destaca-se como conquistas nesse período, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005) como base para a estruturação da burocracia na saúde, configurando um sistema, ainda incipiente, marcado pela concentração e verticalização do governo federal.

### 1.1.2 A cidadania regulada – A Previdência Social no Brasil

Após 1930, outro projeto político é estruturado no país. O governo Vargas marcou, sobremaneira, a configuração das políticas sociais no Brasil com a estruturação do arcabouço jurídico e administrativo do sistema de proteção social diretamente vinculado ao projeto político de industrialização e modernização do País.

Com o fim das oligarquias, uma ampla reforma administrativa e política ocorreu no País por meio da nova Constituição de 1934 e da ditadura de Vargas, imposta pelo Estado Novo. Inicia-se um período de grande centralização e maior participação estatal nas políticas públicas, que se caracterizam por feições, eminentemente populistas, capitaneadas por ações que visavam, antes de tudo, cooptar os trabalhadores que avançavam na sua organização, em detrimento das políticas que respondessem aos problemas estruturais da vida daquela população (LIMA, 2006; OLIVEIRA; SOUZA, 1997).

Nessa época, aconteceu a transição da política social compensatória, iniciada em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves que criou as caixas de aposentadorias e pensões como medidas remediais, compensando, minimamente, a má distribuição de benefícios regulada pelo mercado e por processos acumulativos, dos quais o Estado era co-financiador da previdência, juntamente com os empregados e empregadores. Essa nova estruturação do padrão estatal culminou com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que se caracterizavam por uma forte estrutura administrativa.

Para Santos (1998), essas instâncias foram o germe da burocracia estatal no setor público, sobre o que, no campo da saúde Mendes (1999), destaca:

Neste período instala-se na Previdência Social, um seletivo grupo de tecnocratas, os denominados cardeais do IAP, portadores de uma teoria do seguro social e que viriam a dar os rumos do projeto de saúde hegemônico até o início dos anos 1980 (1999, p.21).

Para esses tecnocratas, a cidadania só era conferida aos trabalhadores que ocupavam

um lugar no processo produtivo, por meio de uma profissão reconhecida por lei e que contribuía com a previdência (SANTOS, 1998).

Retoma-se, aqui, o conceito de cidadania regulada para melhor elucidar a política econômica social pós 1930. Para Santos (1998), por cidadania regulada entende-se “o conceito de cidadania, cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por normas legais” (1998, p.103).

Todos os cidadãos, cuja ocupação a lei desconhece, são pré-cidadãos, como por exemplo, os trabalhadores rurais e os urbanos que não tinham ocupações reconhecidas por lei.

Dessa forma, a cidadania regulada, a partir da década de 1930 era a definidora do sistema de controle sindical e de distribuição dos benefícios previdenciários e de assistência médica, de caráter compensatório (SANTOS, 1998). Sempre que os conflitos colocassem em risco a segurança das elites, o Estado intervinha e regulava. Essa realidade era, também, vivenciada nas lutas por saúde, cujo caráter corporativo se subordinavam à lógica da burocracia estatal e da burocracia sindical.

### 1.1.3 A democracia na saúde – início das mudanças

A partir de 1945, com o fim do governo Vargas, o País experimenta 19 anos de democracia com a restauração dos poderes republicanos, disputas político-partidárias e eleições livres. O campo da saúde, nas décadas de 1940 e 1950 se beneficiou desse ambiente democrático, e alguns avanços foram conquistados, principalmente na saúde pública. Destacam-se os debates em torno da aproximação da saúde com o tema do desenvolvimento econômico e social e o aumento da pressão, por expansão, dos benefícios previdenciários, ocasionados pelo crescimento da massa de trabalhadores urbanos e da sua força política organizada.

Marco importante desse período foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que influenciou na reorganização do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), em 1956, e a realização de campanhas de combate à hanseníase e outras endemias.

No entanto, prevalecia na época, a lógica restrita da produção capitalista em que na relação saúde-desenvolvimento, a primeira era condição para a segunda. Além disso, no aspecto estrutural, permanecia a separação entre saúde pública ligada ao Ministério da Saúde e voltada às ações verticalizadas e centralizadas no combate às doenças específicas e

assistência médica, realizada pelo sistema previdenciário de cunho corporativo, orientado para o atendimento individual (LIMA, 2006).

Em que pese às posições, oficiais sustentarem uma abordagem limitada na associação da saúde e desenvolvimento, em que no discurso hegemônico prevalecia a concepção campanhista, dirigida verticalmente e imposta de fora; o movimento sanitarista aprofundava os debates sobre as relações causais e as estratégias institucionais e políticas para o enfrentamento dos problemas de saúde e do subdesenvolvimento do país (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Crescia a opinião de que as campanhas vinculadas a promoção de condições básicas de infraestrutura sanitária deveriam se estruturar de forma horizontal e direcionadas ao conjunto das doenças.

Assim, novas propostas de mudanças foram introduzidas no debate nacional sobre saúde, pelos sanitaristas desenvolvimentistas, que propugnavam que, ao contrário do discurso oficial da época, o desenvolvimento econômico-social levaria à melhoria das condições de saúde e de vida da população.

Marco desse debate foi a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que se caracterizou pela disputa de distintos projetos políticos sanitários “acirrada, no final do período democrático, com a radicalização das lutas por reformas sociais” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Nesse evento, questões como as responsabilidades dos entes federados, a situação da realidade sanitária brasileira e a necessidade da municipalização das ações, foram debatidas (LABRA, 2005), numa perspectiva de articulação com as reformas sociais.

Resultou desse movimento a configuração de dois campos distintos na saúde pública: um de caráter conservador-modernizador, que defendia a manutenção de privilégios, e outro transformador, que lutava pela ampliação dos direitos sociais, dentre eles, a saúde. No entanto, esse campo de cunho transformador foi interrompido pelo golpe militar de 1964, prevalecendo uma política de saúde que manteve a separação institucional entre assistência médica previdenciária e saúde pública, com a nítida priorização de investimentos e gastos em prol da medicina previdenciária.

#### 1.1.4 A derrota da proposta transformadora – o privilégio do setor privado

Com o Golpe militar de 1964, as condições políticas para a hegemonização do projeto privatizante e medicalizante ganharam força. A política adotada pelos governos militares, que durou até a metade da década de 1970, consistia no favorecimento do setor privado, realizado

por meio de compras de serviços médicos, de subsídios e apoio aos investimentos no setor (PAIM, 2005).

Explicita-se nesse período, a consolidação de um bloco dirigente orgânico na saúde, de orientação capitalista (MERRY, 1997), configurando-se em uma nova ordenação entre o Estado capitalista e o conjunto das classes sociais.

O padrão de estruturação do setor de saúde pautava-se nas políticas econômicas orientadas pela coalizão internacional que associava o capital monopolista internacional ao grande capital nacional e estatal, ampliando o papel regulador do Estado.

A estratégia dominante, de 1960 a 1970, foi a de expansão dos serviços médicos hospitalares, a contratação de produtores de serviços médico-hospitalares privados, visando, assim, o sucateamento dos serviços hospitalares próprios, prevalecendo os interesses capitalistas do setor. No aspecto da assistência, ocorreu a expansão de unidades hospitalares e de leitos com finalidade lucrativa, geralmente com financiamento público. A esses hospitais, cabiam os procedimentos mais simples, rápidos, baratos e mais lucrativos; aos públicos restavam os atendimentos mais complexos e mais onerosos (PAIM, 2005).

Essa política gerou, também, a concentração da assistência hospitalar em grandes centros, com notória desigualdade na distribuição de serviços e leitos, ocasionando os vazios assistenciais, realidade essa observada até os dias atuais (MENDES, 1999).

No aspecto político e administrativo, e como consequência da repressão e da desmobilização das organizações civis, o governo militar criou a tecno-burocracia estatal como um suporte constituído pela sociedade civil, tutelado pelo Estado e orientado para a elaboração de novos paradigmas sociais para o regime que se afirmava. Paralelo a isso, a centralização da previdência social, com o fim dos IAPs e a estruturação do Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, em 1966, teve como objetivo aumentar do poder regulatório do Estado sobre os cidadãos e reforçar medidas no sentido de excluir a classe trabalhadora, organizada como força política (LIMA, 2006), antes permitida na vigência das CAPS e IAPs (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, MENDES, 1993).

Com essa nova orientação política, configurada em uma situação de estabilidade autoritária no País, cria-se e consolida-se o “complexo previdenciário médico-industrial” moldando a política de saúde aos interesses empresariais e da tecnoburocracia, alijando de vez os trabalhadores do processo decisório.

Na década de 1970, outra medida é tomada no sentido de fortalecer a concepção estatista-privatista: a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, SINPAS, do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

Social, INAMPS, e que manteve no setor da saúde, a estratégia de compra de serviços do setor privado (CARVALHO; GOULART, 1998).

O resultado desse modelo excludente foi a capitalização crescente do setor privado, ancorada em fatores ideológicos como o biologismo, que preconizava a predominância biológica das doenças; o individualismo, que considerava o indivíduo, como o objeto da prática da saúde em detrimento dos aspectos sociais; e o especialismo, que aprofundava o conhecimento específico em prejuízo ao conhecimento da totalidade do sujeito (MENDES, 1999)

No entanto, a precariedade do sistema de saúde e de toda a área social do País, dava sinais de esgotamento, no final da década de 1970, comprometendo a legitimidade do sistema. Os indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil pioravam significativamente, aliado à insuficiência e ineficácia dos serviços de saúde em busca de solucionar os problemas de saúde coletiva, como as endemias e as epidemias (RONCALLI, 2003; LIMA, 2006).

Assim, como consequência dessa grave situação, os movimentos sociais intensificaram, e cresceram as pressões para a mudança do padrão discriminatório das políticas sociais no Brasil. Surgem reações por parte do governo no sentido de minimizar os efeitos da política excludente, até então praticada. No governo Geisel, entre 1974 e 1979, ocorre uma expansão na cobertura dos serviços previdenciários e de saúde (LUZ, 1991; MENDES, 1993).

Ampliam-se igualmente, o movimento dos profissionais de saúde, de intelectuais da saúde coletiva, da população e de parlamentares na luta por mudanças no modelo da saúde.

Surgem assim, no bojo dessa intensa luta política, correntes de pensamento que defendiam projetos distintos. Merhy (1997) identifica três correntes críticas que disputavam modelos e propostas tecnológicas e assistenciais diversificadas.

O primeiro projeto ou frente, de cunho conservador defendia a privatização total da assistência médica e responsabilizava o Estado pelas ações de saúde pública. Nesse projeto, a organização dos serviços era realizada pela lógica do mercado, tendo com eixo tecnológico, a assistência médica.

O segundo projeto, classificado por Merhy (1997) como reformador, formulava que o sistema de saúde era irracional em termos de gastos e benefícios e defendia um conjunto de reformas no sentido de torná-lo mais adequado às necessidades da população. Pautava-se em conceitos de planejamento de saúde, com propostas descentralizantes, buscando uma visão

sistêmica do modelo, e considerava a necessidade da organização dos serviços de forma unificada, independente da sua natureza jurídica (pública ou privada).

A terceira frente, destacada por Merhy (1997), propunha uma perspectiva transformadora, tendo como premissas, a democratização do poder político e a socialização dos benefícios. Este movimento ganhou força no final dos anos de 1970 e apontava necessidade de mudanças estruturais na relação Estado-sociedade, tendo como centro, a efetivação do controle da sociedade sobre as ações do Estado.

Esse movimento estruturou as bases para o movimento da reforma sanitária brasileira, cujo marco se deu em 1979, durante o Simpósio Nacional de Política de Saúde, coordenado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Nesse evento, foi apresentado pelo Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES), um documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde”, tido como norteador dos movimentos pela saúde durante os anos de 1970 e 1980.

Esse documento caracteriza as políticas de saúde vigentes como

política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento socioeconômico do governo-privatizante, empresarial e concentrada em renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais, do crescimento econômico [...]. Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral (CEBES, 1997, p.47).

Assim, a Reforma Sanitária provém dessa árdua luta em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde para o Brasil. Sua consolidação se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e sua institucionalização em 1988, quando as propostas de organização de Sistema Único de Saúde para o Brasil foram acolhidas pelos deputados constituintes e inseridas na Constituição Federal.

### **1.3 A conquista do SUS – A implementação de uma política**

O sistema público de saúde no Brasil surge como parte integrante do sistema de direitos sociais básicos instituídos com a Constituição de 1988, e assim como as outras políticas sociais passa a depender dos recursos do Estado, para sua efetivação.

Recentemente, com a proximidade da passagem dos 20 anos do SUS, intensificaram-se os debates sobre os desafios e perspectivas para o sistema de saúde brasileiro. Dentre as preocupações mais recentes apresentadas no debate sobre a saúde no Brasil, destaca-se para este estudo a abordagem sobre a implementação das políticas de saúde, buscando-se identificar a relação dos princípios fundantes do SUS com o processo real de formulação das políticas.

Dessa forma, procurou-se compreender como a tradução prática da implantação da reforma se deu no esforço de localizar essa construção para além das influências dos contextos e suas variáveis.

Paim e Teixeira (2007) enfatizam que a XIII Conferência Nacional de Saúde, ao tratar as políticas de saúde como políticas de Estado, contribuem, sobremaneira, para recolocar a construção do SUS para além dos interesses conjunturais de governos, partidos e corporações. Para Paim e Teixeira (2007) deve ocorrer uma interação solidária (harmoniosa ou pactuada) entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, no sentido de cumprir as políticas construídas pela a sociedade, com o SUS.

No entanto ao analisarem a Reforma Sanitária como um processo, os autores sinalizam os grandes obstáculos que a sua efetivação tem encontrado, dentre eles: sérios problemas na gestão do sistema (principalmente nos hospitais e unidades básicas), a falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político partidária no funcionamento dos serviços. Esta realidade impacta, sobremaneira, na expectativa dos cidadãos e trabalhadores, atores e artífices do SUS, como um projeto civilizatório de sociedade (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Identifica-se como matriz desses problemas, a reforma neoliberal, iniciada na década passada, orientada por um modelo gerencialista e de desresponsabilização do Estado para com os direitos sociais conquistados. Agrega-se a isso, a implantação de modelos de gestão terceirizados, levando à precarização do trabalho em saúde e criando obstáculos para que modelos alternativos e resolutivos sejam desenvolvidos (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Os desafios apontados por Paim e Teixeira (2007, p.18) dizem respeito, principalmente, ao que denominam de “problemática da institucionalidade do SUS”. Essa problemática é, segundo os autores, caracterizada pela necessidade de se reforçar os princípios e diretrizes do SUS, ressaltando que é na sustentabilidade do SUS que estão concentrados os maiores desafios. Para os autores, esse aspecto assenta-se em cinco pilares: (1) econômico-financeiro; (2) jurídico-legal; (3) participação e controle social; (4) constituição de sujeitos e (5) nova institucionalidade.

Os autores avaliam que o pilar mais frágil da sustentação do SUS é a “institucionalidade”, que se refere à configuração do sistema de saúde pública como uma macro-organização, formada por um conjunto de instituições nas três esferas de governo, que desempenham funções variadas e diversas. Esta problemática aponta-se para o "elemento instituído de uma organização, determinada pelos propósitos de governo, método e pela história, conforme o postulado da coerência" (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

E, segundo Testa (1992, p.47), E possibilita, sobretudo, pensar elementos instituintes capazes de revigorarem a alma institucional na medida em que problematizem o ‘motivo para que’ e o ‘motivo por quem’ de uma instituição ‘hipercomplexa’ (TESTA, 1992, p.47).

Assim, para Paim e Teixeira (2007), a problemática da institucionalidade do SUS envolve o processo complexo da condução político gerencial do sistema, que oscila entre a adoção dos princípios do SUS, nesta condução, como a descentralização com comando único em cada esfera de governo e a participação social no processo decisório, ou a reprodução de práticas comprometidas com a cultura organizacional do Estado brasileiro na área social, práticas notadamente burocráticas, autoritárias "e colonizadas por interesses privados" (2007, p. 18).

Nesse sentido, coloca-se como desafio para melhor operacionalização das políticas do SUS, a incorporação de estratégias que proporcionem o desenvolvimento e o fortalecimento da capacidade político-gerencial das instituições gestoras do sistema público de saúde o Brasil.

Paim (2002) formula que o desafio da implementação de novas políticas de saúde diz respeito à identificação dos atores e das forças políticas capazes de sustentarem o SUS democrático ou mesmo o SUS legal:

Não se faz política sem sujeitos. Não se implementam políticas sem recursos de poder. [...] Esta é uma ambiguidade cada vez mais intensamente percebida no interior do próprio movimento sanitário. Não podemos ser iluministas, impunemente, a vida toda. Se quisermos formular e *implementar* políticas de saúde efetivamente novas, devemos acionar recursos de poder que tenham origem nos seus destinatários ou elas não serão alternativas, e muito menos novas (PAIM, 2002, p. 269)

Para Fleury (2009), uma das questões presentes no debate atual sobre a reforma sanitária brasileira é a do enfrentamento dos dilemas entre instituinte e instituído no SUS. Esse tema passa pela discussão em torno da necessidade da efetivação do SUS para além dos



direitos constitucionalizados, no sentido de transformar esses direitos, em direitos institucionalizados, "garantidos por meio de políticas públicas efetivas e eficazes" (p.744). Os desafios para tal, segundo a autora, envolvem a retomada da discussão sobre reformas alternativas que recoloquem os princípios e diretrizes, conquistados pela Constituição de 1988 e que foram confrontados pela hegemonia do discurso liberal, no qual o que prevalecia era uma reforma de cunho "gerencial", caracterizada pelo predomínio dos interesses econômicos, em relação à política, assim como sobre toda a ordem constitucional.

Portanto, a natureza da reforma, proposta por Fleury (2009), tem caráter permanente e se constitui em analisar, criticamente, o impacto das reformas liberais sobre a institucionalidade proposta pela reforma democratizante na seguridade social e no sistema de saúde. A autora formula que a retomada da reforma sanitária, no terreno da institucionalidade demanda a mobilização de forças, que possam assegurar mudanças na distribuição do poder em permanente construção de sujeito políticos.

Assim, os dilemas impostos entre o instituinte e o instituído estão no terreno de resgatar a construção contra-hegemônica da reforma sanitária brasileira que propõe um projeto civilizatório para o Brasil com mudanças culturais, políticas e institucionais, capazes de mudar os rumos impostos pelo projeto neoliberal que estruturou a saúde em bases distintas das propostas pelos formuladores do SUS (FLEURY, 2009).

Para a autora, faz-se necessário resgatar os princípios que orientaram a proposta avançada para a saúde, alicerçados em quatro pilares: (1) ético normativo - a saúde inserida como direitos humanos; (2) científico - envolve a determinação social do processo saúde doença; (3) político - formula a saúde como direito universal de cidadania, adequado a democracia e (4) sanitário - a saúde é abordada de forma integral, em todos os níveis de necessidade (FLEURY, 2009).

Portanto, o contexto desfavorável e contraditório em que se assentam os desafios para a institucionalização do SUS e a materialização da reforma sanitária demanda o desenvolvimento de três processos, que segundo Fleury (2009), ocorrem, simultaneamente, porém, em ritmos diferentes, o que tem ocasionado tensões no projeto contra-hegemônico: a subjetivação, com a construção de sujeitos políticos; a constitucionalização que garante os direitos sociais, e a institucionalização que busca garantir a implementação da política de saúde, por meio do aparato institucional, incluindo os saberes e práticas para tal.

Igualmente, em recente documento intitulado "SUS: Qual o Rumo?" (CEBES, 2010) elaborado a partir de exposições e debates do seminário do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), ocorrido em dezembro de 2009, reafirma que a trajetória da Reforma

Sanitária Brasileira transita com a força de um movimento de transformação social, ou “instituinte”, e a força da ocupação estratégica dos espaços institucionais, ou “instituídos”.

Evidencia-se, nesse documento, a disputa acirrada de ideias na sociedade, de que o projeto liberal tem avançado com maior intensidade no campo social com a difusão de valores individualistas, consumistas e submissos a uma inexorabilidade que prescinde da história e da política (CEBES, 2010). Por outro lado, na luta pela hegemonia, situa-se o projeto que defende a participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre sua saúde e sobre as políticas de saúde, numa perspectiva da constituição de sujeitos políticos emancipados e com consciência sanitária ampliada.

Nesse sentido, o documento aborda a discussão da perspectiva da retomada da implementação do SUS “legal”, o que implica na correção do SUS “real” e de desvios impostos à implementação do SUS no Brasil (CEBES, 2010) em diversas áreas e frentes, destacando-se: (1) no financiamento, em que somente 44% do financiamento total dos serviços de saúde é de origem pública, na retração da participação federal, no financiamento do SUS, legalizada pela EC-29; (2) Na relação público-privado, em que se observa a elevação, desde 1990, dos subsídios públicos ao mercado de plano e seguros privados de saúde, incluindo a isenção tributária a hospitais privados terciários credenciados por operadoras de planos privados e a participação com recursos públicos, do financiamento de planos privados aos servidores públicos, o não ressarcimento das operadoras privadas ao serviço público de saúde. Nesse aspecto, o documento demonstra que os subsídios públicos às operadoras privadas de planos e seguros de saúde correspondem, atualmente, a 20% do faturamento anual dessas empresas. Essa realidade evidencia a disparidade existente no Brasil quanto ao financiamento de saúde, na qual o *per capita* SUS para a população é de, aproximadamente, R\$645,00 anuais, sendo que para 25% da população coberta por planos privados, esse valor é de R\$1.428,00. Considerando ainda, que toda a população tem o direito de cobertura pelo SUS, os beneficiários por planos privados têm um *per capita* efetivo de R\$2.103,00, o que demonstra grandes iniquidades presentes ainda na distribuição dos recursos para o financiamento da saúde no País.

Quanto ao terceiro aspecto, o documento aborda problemas relacionados à administração pública, notadamente pela presença de posições anacrônicas nas relações de poder em que o patrimonialismo, o burocratismo, o não reconhecimento das diferenças e diversidades regionais e a precarização da política de recursos humanos na saúde, entre outras, têm levado à persistente situação de "inadequação ao atendimento das necessidades e direitos da população" (CEBES, 2010, p.8).

O quarto aspecto refere-se à lógica na oferta de serviços. Sobre esse item, o documento do CEBES (2010) evidencia a centralidade no sistema dos serviços assistenciais complexos, hegemônicos por entidades privadas lucrativas. Essa situação revela a dissonância em relação à orientação do SUS no sentido de tornar a atenção básica a coordenadora do sistema de saúde, uma vez que a cobertura por esse modelo de assistência, não tem alcançado 40% de cobertura no País. Somam-se a isso, a precariedade na contratação de profissionais, principalmente de médicos, numa situação em que apenas 10% desses, são generalistas (perfil mais indicado para a AB) com discrepâncias entre a remuneração desses e dos especialistas. Resultantes dessa inversão na lógica da oferta de serviços de saúde são o congestionamento nos hospitais e demais serviços, o desperdício com procedimentos evitáveis, a limitação da ação dos gestores e o agravamento de doenças e sofrimento da população.

Esse documento menciona a questão da luta que, por outro lado, vem sendo travada por diversos atores sociais, no Brasil, em favor do SUS “legal” tais como os trabalhadores, conselheiros de saúde e gestores. Nesse sentido, são evidentes os avanços ocorridos em relação à capacidade de gestão do SUS que, numa atitude de “tirar leite de pedras” (CEBES, 2010, p.9), esses atores têm realizados pactuações, planejamentos territoriais, regulação de ofertas e serviços, implementação de experiências de gestão participativa, etc. o que tem contribuído, sobremaneira, com a inclusão de milhares de pessoas no sistema público de saúde, com a elevação da produtividade e da oferta de serviços.

Entretanto, o documento aborda a luta pelo SUS “real” como uma batalha contra-hegemônica, uma vez que a Reforma Sanitária, ao lado de avançar na ocupação dos espaços instituídos, com ganhos na correlação de forças nesses espaços, tem reduzido o seu poder de transformação do movimento sanitário, uma vez que este se materializa na concretização institucional do SUS (CEBES, 2010).

Assim, como argumentado por Paim e Teixeira (2007) sobre a institucionalização das políticas sociais de saúde, esse documento também formula que apesar do desenho institucional inovador, definido pelo novo padrão constitucional no País, a participação social ficou determinada pela arquitetura institucional do aparato estatal.

A abordagem deste tema por Menicucci (2007) avança no sentido de fazer uma crítica a posição linear que considera a implementação das políticas, somente como uma fase do ciclo das políticas, que se resume na definição de “rotas” ou de metas a serem cumpridas. A autora chama a atenção para o papel retroalimentador que a implementação produz sobre a

própria formulação das políticas, atentando para o aspecto processual do ciclo das políticas caracterizado pela interação entre formulação, implementação e avaliação.

Considera-se com essa compreensão que a implementação das políticas tem um caráter autônomo e dessa forma, não estaria diretamente relacionada ao conteúdo das decisões que configura uma determinada política. O resultado da implementação vincula-se, portanto, à capacidade de convergência entre "os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político daqueles por ela afetados" (MENICUCCI, 2007, p.319). Assim a implementação envolve decisões e está sujeita a mudanças de contextos, o que pode resultar na formulação de novas políticas.

Sobre a implementação da reforma sanitária brasileira, Menicucci (2007) considera que, ao lado da conjuntura democratizante que culminou com a criação do SUS, sua implementação ocorreu em um cenário adverso tanto nacional, quanto internacionalmente. Os governos que sucederam o período de transição democrática caracterizaram-se por posições conservadoras alinhadas ao debate internacional que enfatizava políticas voltadas para o mercado.

Essa orientação ocorreu no sentido inverso das conquistas dos direitos sociais, garantidos pela Constituição de 1988, e pautava-se por reformas estruturais demandadas pelo ajuste e estabilização econômica (MENICUCCI, 2007).

Resultante desse cenário para a implantação do SUS foram os grandes prejuízos e, ao contrário de acontecer uma ampliação dos serviços de saúde que respondessem à universalização almejada, a imposição da redução dos gastos públicos provocou a retração redistributiva das políticas sociais, que, por sua vez, provocou alteração na agenda da saúde.

No entanto, a discussão de fundo apresentada por Menicucci (2007) apresenta diz respeito à configuração da política de saúde e sua relação com as definições legalmente constituídas para o SUS que deveriam ser implementadas e a influência do legado institucional anterior para a formação da trajetória da política de saúde no Brasil.

Refere-se aqui ao que Menicucci (2007) denomina de políticas prévias e seus efeitos nas condições políticas para a implementação do SUS, tanto no que se refere à decisão política de subfinanciamento do sistema como forma de inviabilização sistêmica do SUS, como no legado das políticas prévias sobre a capacidade governamental, assim como o impacto no sentido cognitivo do SUS para os usuários, o que refletiria na própria sustentabilidade política do Sistema de Saúde.

A constituição do SUS se deu, paralelamente à estruturação e consolidação do sistema privado de assistência à saúde. Para alguns autores, essa situação configurou o fracasso do

SUS como expressão institucional da política de Saúde, favorecendo a expansão do que foi denominado “universalização excludente” (FAVERET; OLIVEIRA, 1990; MENDES, 1993, 1999, 2001).

Menicucci (2007), no entanto, considerando as variáveis da conjuntura financeira, política e ideológica no processo de implementação da política de saúde, procura enfatizar os efeitos institucionais influenciados pela política de saúde prévia, que resultaram na consolidação de uma sistema híbrido-público e privado, embora sua constituição legal seja de um sistema único, público, gratuito e universal.

Nesse aspecto, Menicucci (2007) afirma que:

a implementação envolve decisões que podem redirecionar a política definida formalmente, e nesse processo a questão da viabilidade política é crucial, dado que a sustentação política e a legitimidade da política são variáveis fundamentais para sua implementação (2007, p. 305).

Assim, para a implantação de uma política, faz-se necessário a decisão e iniciativa do governo, o desenvolvimento de instrumentos que a efetive, principalmente os relacionados aos recursos financeiros e apoio político organizado e mobilizado, essencialmente dos setores diretamente vinculados a essa política (MENICUCCI, 2007).

Ademais, a autora sinaliza que a construção do SUS não se resume à tradução da política formulada em 1986. Sua implementação configura-se, na realidade, como um processo de novas formulações, que contém dois componentes importantes: os efeitos do contexto político-econômico em que ocorreram e que provocaram a reconfiguração da agenda da saúde, e a forte influência ocasionada pelas políticas de saúde anteriores (MENICUCCI, 2007). Ressalte-se que essas políticas foram, ao contrário do SUS, marcadas pela segmentação no campo da saúde, no qual a inclusão era realizada por meio de critérios excludentes que privilegiavam trabalhadores assalariados, configurando-se, assim, a cidadania regulada na saúde e não favorecendo a formação de uma coalização ampla, que desse sustentação ao SUS como uma proposta de política redistributiva.

Para Mendes (2001), o forte componente ideológico das reformas sanitárias, expressa valores sociais como a solidariedade e o igualitarismo e formam os valores solidaristas, em confronto com os valores individualistas e autointeressados.

No caso do Brasil, em que pese à reforma da saúde com inspiração solidarista, esses valores não se generalizaram na elite governante, assim como na sociedade organizada (MENICUCCI, 2007). Assinala-se que os trabalhadores, como segmentos organizados e que

formalmente apoiavam a proposta do SUS, na realidade, ao lado da implementação da reforma, incluíam, nas suas agendas de negociação, a demanda por assistência médica diferenciada, configurando-se desse modo, em um “veto implícito” ao modelo universalizante e público do SUS (COSTA, 1995).

Essa situação configurou a falta de suporte efetivo dos trabalhadores e categorias sociais no momento em que se dava a implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, situação essa apresentada como um efeito da configuração de um sistema dual, público e privado que segmentou os usuários, desde as políticas de saúde anteriores.

Assim, para Menicucci (2007), a situação atual da implementação da saúde no Brasil está configurada em dois campos distintos operados por duas lógicas: uma publicista, que como processo irreversível, busca viabilizar o SUS e outra privatista, que se desenvolve no sentido de fortalecer os planos privados com ampliação da cobertura e dos seguros de saúde. Ressalte-se, porém, que esse é um movimento em formação e que comporta outros desfechos.

Explicita-se, dessa forma, a consolidação de um sistema de saúde dual no Brasil, no qual decisão dos implementadores nesse contexto, econômico-político e institucional, evidencia o distanciamento entre as concepções iniciais da reforma e o desenho de como vem sendo implementado o SUS no Brasil (MENICUCCI, 2007).

Observa-se que as principais abordagens apresentadas confluem no sentido de ressaltar como desafio atual para a política de saúde no Brasil, a retomada do rumo constitucional do SUS.

Entende-se que esse movimento, ainda em formação, como se refere Menicucci (2007), possibilita a reorientação do caminho do SUS, alicerçado pelos milhares de experiências bem sucedidas que ocorrem no território nacional, envolvendo usuários, gestores e trabalhadores. Essa baixa capacidade de expansão traz no seu interior, a energia coletiva, compromisso e vontade política de indiscutível potencial transformador (CEBES, 2010).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2. 1 De qual democracia se fala?

Para esse estudo, adotou-se as concepções e discussões que o sociólogo português Boaventura de Souza Santos (2002) vem fazendo em torno dos desafios para o enfrentamento da globalização neoliberal.

O desenvolvimento deste tema, por Santos (2002) está presente em suas diversas obras. Atemo-nos, entretanto, à série “Reinventar a Emancipação Social: para novos manifestos”, mais especificamente no volume 1 dessa coleção cujo título é “Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa”.

A centralidade da argumentação dessa obra reside na discussão sobre o modelo hegemônico<sup>1</sup> de democracia, globalmente triunfante: a democracia liberal representativa e sua insuficiência para o desenvolvimento de uma democracia de alta intensidade. A democracia hegemônica globalizada restringe-se a uma democracia de baixa intensidade, caracterizada pela privatização do bem público pelas elites, pelo crescente distanciamento entre representantes e representados e por uma inclusão falseada pela exclusão social (SANTOS, 2002).

A globalização aqui referida é a globalização neoliberal, entendida por Santos (2002) como a forma mais dominante e hegemônica de globalização. Esse fenômeno, mesmo não sendo recente, vem confrontando os ideais modernos de emancipação e "redefinindo contextos, objetivos, os meios e as subjetividades das lutas sociais e políticas" (SANTOS, 2002, p.30). Para o autor,

a globalização corresponde a um novo regime de acumulação do capital, um regime mais intensamente globalizado que os anteriores, que visa, por um lado, dissocializar o capital, libertando-o dos vínculos sociais e políticos que no passado garantiram alguma distribuição social, por outro lado, submeter a sociedade, no seu todo, à lei do valor, no pressuposto de que toda atividade social é mais bem organizada quando organizada sob a forma de mercado. A consequência principal dessa dupla transformação é a distribuição extremamente desigual dos custos e das oportunidades produzidos pela globalização neoliberal no interior do sistema mundial, residindo aí a razão do aumento exponencial das desigualdades sociais entre países ricos e países pobres entre ricos e pobres no interior do mesmo país (SANTOS, 2002 p. 30).

---

<sup>1</sup> Por hegemonia, Santos (2007, p.55) define como sendo a tentativa de construção de consenso sustentado pela ideia de que o que ela produz é bom para todos. Argumenta, ainda, que atualmente o entendimento de hegemonia tem se alterado para uma lógica de que o que existe deve ser aceito, não porque seja bom, mas porque não tem outra alternativa.

O século XX foi o século da modernidade que deixou marcas profundas na humanidade. Ao lado das rápidas transformações tecnológicas e do aporte de grandes benefícios, deixou também como herança desastrosa, o holocausto, o genocídio, o terrorismo, os desastres ecológicos, as pandemias, o crescimento da pobreza e da fome no mundo. Esse cenário concorreu para o desenvolvimento de uma cultura ocidental marcada pelo imediatismo, individualismo e consumismo.

Para Gustin (2002 *apud* Miranda, 2007), a sociedade que se originou do século XX foi fortemente caracterizada pelos sentimentos de desilusão, descrença nas instituições, crise da política e da democracia e pelo fim das utopias, dos desejos e sonhos e da solidariedade<sup>2</sup>.

Cientistas e filósofos se posicionaram diferentemente quanto às características dessa fase da modernidade. Se para alguns foi o século do ápice do seu desenvolvimento, para outros foi o espaço temporal de seu esgotamento. Zygmunt Bauman (2001), em “A modernidade líquida” afirma que estamos no segundo momento da modernidade, e que esta se transforma a partir de seu próprio limite. Ainda para Bauman (2008), a sociologia como ciência privilegiada pode contribuir para a compreensão dos processos que existem na sociedade, na qual a individualização não é uma opção, mas se tornou o destino das pessoas<sup>3</sup>.

Já não há grandes líderes para nos orientar nem partilhar a responsabilidade de nossos atos. Hoje os indivíduos solitários entram na ágora apenas para encontrar outros indivíduos solitários. E voltam para casa com a confiança renovada em sua própria solidão (2008, p.211).

Para Santos (2009), vivemos uma transição paradigmática em direção a uma nova era. Os pressupostos da modernidade de violência em todos os aspectos impuseram à humanidade a desesperança e a ausência de utopias. Esses pressupostos, como características básicas da racionalidade moderna se afirmam pela razão, universalização, totalização, produção e individualização, e são alcançados a partir do massacre das tradições, do particularismo, da reprodução e da coletivização (SANTOS, 2009). Para o autor, é preciso fazer o resgate da confiança e da esperança da humanidade, pela própria humanidade.

Por outro lado, Santos (2002) afirma que foi no século XX que a democracia assumiu

---

<sup>2</sup> Para Miracy Gustin, apesar desse momento de incertezas, o conhecimento científico parece ser, entre as demais formas de conhecer a realidade, o melhor caminho para a construção da emancipação dos sujeitos e alteração da realidade posta, a despeito das mazelas a que a ciência se prestou na história da humanidade. Para Gustin, resta à ciência, proporcionar a democratização do conhecimento produzido, contribuindo para a melhoria das condições sociais da humanidade. (In: GUSTIN, MIRACY . *et.al*, *apud* MIRANDA, A.A, 2007).

<sup>3</sup> Para Bauman (2008), nossas ansiedades individuais têm raízes sociais e não individuais. Portanto, são compartilhadas e só podem ser enfrentadas coletivamente.



centralidade no campo político (2002, p.39), em que pesem posições mais pessimistas que argumentam que a democracia passou de aspiração revolucionária do século XIX para uma marca adotada universalmente, embora vazia de conteúdo.

Nos últimos dois séculos, os debates epistemológicos e filosóficos no ocidente foram norteados por modelos de racionalidades que fizeram com que os interesses hegemônicos fossem transformados em interesses verdadeiros, aniquilando as experiências sociais inúteis ao capitalismo (SANTOS, 2009). A esse modelo cientificista da ciência moderna, que se demonstrou arrogante, autoritário e pretensamente universal, Santos (2002) chamou de “razão indolente” (2009).

Para esse autor, a razão indolente é como o ocidente percebe o mundo, numa atitude de universalização de seus paradigmas e de restrição da compreensão de mundo à compreensão ocidental do mundo. Essa concepção de razão parcial e seletiva gera a violência, a submissão e a alienação, pois exclui as possibilidades de subjetividades coletivas por não servirem ao desenvolvimento do capitalismo. A razão indolente, para Santos (2009), produz as “ausências”, que excluem, do processo de produção do conhecimento, outras formas de viver, pensar e compreender o mundo. Em seu texto, “Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências”, o autor propõe o desenvolvimento de um novo modelo de racionalidade que valorize as experiências sociais, consideradas inúteis pela racionalidade moderna.

A discussão da ampliação da gramática social da democracia de modo a incluir vozes, práticas e atores silenciados, produzidos como não existentes, requer a compreensão da concepção de Santos (2004) sobre a sociologia das ausências. A racionalidade produzida pela razão indolente provoca a invisibilidade das práticas democráticas elaboradas fora dos centros de normatividade estatal, ativamente produzidas como não existentes, não é suficiente para pensar a emancipação social, pois desperdiça as experiências que ocorrem fora dos centros hegemônicos de produção social, e não leva em consideração a riqueza de diferentes culturas, de sociabilidades tidas como conhecimento não científico (SANTOS, 2004). A sociologia das ausências busca combater as lógicas de produção de não existência, pensando as entidades fora da relação dicotômica, imposta pela razão metonímica<sup>4</sup> de modo a transformar ausências em presenças.

Essas lógicas de produção, da não existência, abordadas por Santos (2004), são cinco:

---

<sup>4</sup> Segundo a razão metonímica, o comportamento de todas as coisas do mundo está atrelado à ideia de uma totalidade, “há apenas uma lógica que governa tanto o comportamento do todo como o de cada uma das suas partes”, as partes não tem existência fora da totalidade. (SANTOS, 2002). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências, 2004. p. 782.

(1) a monocultura do saber e do rigor do saber, que considera como critérios para a discussão da verdade e da qualidade estética, somente a ciência moderna e a alta cultura; (2) a monocultura do tempo linear, para a qual tudo o que não se identifica com o que é declarado avançado, é tido como atrasado, obsoleto, subdesenvolvido; (3) da classificação social. Nessa lógica, as hierarquizações seriam naturais, assim, a relação de dominação do superior sobre o inferior (branco/negro, homem/mulher) seria mera consequência dessa inferioridade insuperável; (4) da escala dominante. De acordo com ela, essas escalas dominantes na modernidade ocidental seriam o universal e o global. Tudo o que foge a essas escalas, como o particular e o local são considerados irrelevantes; (5) produtivista, que considera o “crescimento econômico como um objetivo racional inquestionável” (p.679), que se aplica tanto à natureza quanto ao trabalho humano.

Assim, as práticas democráticas, constituídas nos espaços contra-hegemônicos, são caracterizadas pela concepção hegemônica de democracia<sup>5</sup>, a partir dessas cinco lógicas de produção de não existência e geram, por conseguinte, cinco categorias de não existência: o ignorante, o residual, o inferior, o local e o improdutivo.

A categoria de não existência ignorante seria a do saber originado a partir do saber popular, como por exemplo, o saber dos povos originários ou o saber construído pela vivência nas comunidades e das suas práticas ali elaboradas. Por outro lado, as práticas que não se identificam com o que é declaradamente avançado são tidas como residuais, atrasadas, obsoletas e subdesenvolvidas. Seguindo a mesma lógica dicotômica e hierarquizante, a inferiorização das práticas trata de classificar os atores que dela são protagonistas, como homem branco/índio e rico/pobre. Segundo a concepção ocidental do mundo, com a valorização do universal e do global, todas as experiências e vivências de particulares ou locais são consideradas excentricidades irrelevantes (SANTOS, 2004).

Com isso, segundo Santos (2004), a concepção democrática hegemônica estruturou-se de forma vinculada ao liberalismo e à lógica da produtividade e do lucro. Assim, tudo que não é produtivo é irracional e desprezível.

No campo epistemológico do conhecimento, a modernidade ocidental teve como matriz dois modelos: o conhecimento de regulação e o conhecimento de emancipação, onde reside um tensionamento político, além do epistemológico. Estes modelos de conhecimento,

---

<sup>5</sup> Para Santos (2002), os principais elementos que compõem a concepção hegemônica de democracia são: “a contradição entre mobilização e institucionalização; a valorização positiva da apatia política; a concentração do debate democrático na questão dos desenhos eleitorais das democracias; o tratamento do pluralismo como forma de incorporação partidária e disputa entre as elites e a solução minimalista para o problema da participação pela via da discussão das escalas e da complexidade”(SANTOS, 2002, p. 42).

para Santos (2007) estão inscritos e são definidos pelo significado que adquirem, durante a trajetória que percorrem. Assim, os dois modelos percorrem o caminho que vão do ponto A, chamado de ignorância, ao ponto B, chamado de saber (SANTOS, 2007), nos quais, para o conhecimento de regulação, estes pontos vão do caos (ignorância da natureza, da sociedade) à ordem (por ordem na sociedade, na realidade).

Por outro lado, o trajeto do conhecimento de emancipação, desenvolvido na sociedade ocidental, tem no seu ponto A, da ignorância a marca do colonialismo (incapacidade em reconhecer ou outro como igual, objetivação do outro) e no seu ponto B, o do saber situa-se a autonomia solidária.

Na sociedade moderna, o conhecimento regulação, ao coincidir com o capitalismo, passou a ser dominante e a resgatar outra forma de colonialismo que canibalizou (SANTOS, 2007, p.53) as possibilidades de um conhecimento de emancipação. Esse conhecimento fundamenta-se na realização da cidadania por meio de direitos e deveres gerais e abstratos, reduzindo à individualidade, o que ela tem de universal, carregando um conceito monocultural e de unidade do saber e concebendo a sociedade civil de forma monolítica (SANTOS, 1991; SANTOS, 2007). O conhecimento de regulação retraduziu o conhecimento-saber em *ignorância* (2007, p.53), o que, na forma de cidadania, mostrou-se como cidadania regulada, na qual os sujeitos foram transformados em unidades iguais e intercambiáveis, objetivados, pertencentes às administrações burocráticas públicas e privadas. Esses sujeitos são assim, reduzidos, pelo conhecimento de regulação, a receptores passivos tanto de estratégias de produção, como trabalhadores, quanto de estratégias de consumo, como consumidores “e de estratégias de dominação, enquanto cidadãos de democracia de massas” (SANTOS, 1991, p. 141).

Evidencia-se, assim, a necessidade de desenvolver outro tipo de racionalidade que possa reinventar a teoria crítica e o conhecimento de emancipação (SANTOS, 2007). Dessa forma, propõe uma mudança epistemológica baseada em num conceito mais amplo de racionalidade, que passe da teoria monocultural, para outra, de interculturalidade.

Portanto, para a superação das totalidades hegemônicas e excludentes que a razão metonímica sustenta, Santos (2004) propõe, por meio da reinvenção das possibilidades emancipatórias, a estratégia da ecologia ou a utopia de uma ecologia de saberes, em que é possível aprender novos conhecimentos sem abrir mãos de outros conhecimentos, anteriormente apreendidos. Essa ecologia, proposta por Santos (2004), constitui-se do resgate e valorização da diversidade e da multiplicidade das experiências sociais e por relações não

destrutivas entre os agentes, no sentido de recompor as realidades que são ativamente produzidas como não existentes.

Essa ecologia pautada na superação de uma lógica de produção de não existência é dividida por Santos (2007) em cinco ecologias: (1) “ecologia dos saberes” - parte do princípio da incompletude dos saberes o qual possibilita o diálogo e a disputa epistemológica entre os diferentes saberes que operam em contextos e práticas sociais declarados não existentes, no qual o “confronto e o diálogo entre os saberes são um confronto e diálogo entre diferentes processos por meio dos quais práticas diferentemente ignorantes se transformam em práticas diferentemente sábias” (p.779); (2) “ecologia das temporalidades” - considera que o tempo linear é apenas uma entre as muitas concepções de tempo. Essa ecologia é importante para a superação da não existência na lógica da escala temporal fundamental para as sociedades construírem sua ideia de poder, uma vez que essas são constituídas por várias temporalidades. Dessa forma, a ecologia das temporalidades busca libertar as concepções alternativas de práticas sociais que fogem à lógica linear do cânone temporal da modernidade ocidental; (3) “ecologia dos reconhecimentos” - procura uma nova forma de articulação entre o princípio da diferença e o princípio da igualdade e abre espaço para a possibilidade de diferenças iguais, a partir da desconstrução tanto da diferença quanto da hierarquia, questionando em que medida uma é produto da outra e vice-versa. Essa nova articulação abre espaço para reconhecimento recíproco de agentes e suas diferenças iguais; (4) “ecologia das trans-escalas” - pretende-se identificar no local o que não é feito pela globalização hegemônica e dessa forma enxergar novas práticas que possam oferecer alternativas ao globalismo localizado; (5) “ecologia de produtividade” - procura recuperar e valorizar sistemas alternativos de produção capaz de estimular a distribuição face à acumulação, como as organizações econômicas populares, as cooperativas operárias etc. que fogem do paradigma do crescimento econômico infinito e que a ortodoxia produtivista capitalista ocultou e descredibilizou (SANTOS, 2007).

Entretanto, ao lado do modelo hegemônico de democracia, coexistem outros modelos, como a democracia participativa e a democracia popular. A democracia hegemônica tem sido, de forma crescente, confrontada com outra globalização: a globalização alternativa contra-hegemônica, que se caracteriza pelo crescimento mundial do protagonismo da democracia participativa (SANTOS, 2002). Assiste-se, atualmente, a mobilizações de forma global e ou local de movimentos, organizações, comunidades e grupos sociais, empenhados na luta contra a globalização neoliberal, contra a exclusão social e a banalização da cidadania. Aspira-se, com estas mobilizações, a conquista de contratos sociais mais inclusivos e uma democracia de alta intensidade.

Assinala-se, por fim, nessa análise, alguns aspectos que concorrem para a ampliação dos horizontes emancipatórios e da realização de práticas concretas de democracia participativa. Essas questões referem-se à contestação da democracia liberal, na sua pretensão de universalidade e exclusividade, no sentido de abrir espaços para a credibilidade das concepções e práticas contra-hegemônicas (SANTOS, 2002).

O primeiro aspecto que o autor aborda é o da demodiversidade, entendido como conceito da coexistência de diferentes modelos e práticas democráticas, seja de forma pacífica ou de forma conflituosa. Com o crescimento da democracia liberal para além da Europa Ocidental e América do Norte, e o arrefecimento de práticas políticas alternativas, nos demais países, a democracia liberal se impôs como modelo universal, causando a negatização do conceito de demodiversidade e do reconhecimento do diálogo intercultural e da autonomia das diversas culturas e suas práticas políticas. Essa realidade, resultou no debate sobre a distinção entre democracia como ideal e democracia como prática, e serviu de argumento para a justificativa da democracia de baixa intensidade, por parte do modelo hegemônico (SANTOS, 2002).

Impõem-se, assim, aos países com aspirações democráticas sérias, a rejeição de práticas democráticas caricaturadas, e a não aceitação da fatalidade da democracia de baixa intensidade imposta pelo modelo liberal hegemônico, para a participação dos cidadãos na vida política. Impõe-se ainda pelas práticas democráticas contra-hegemônicas, o reconhecimento da democracia participativa, assim como a intensificação de formas complementares entre democracia representativa e democracia participativa, acentuando o aspecto da inclusão nestas relações.

Outra questão salientada por Santos (2002) salienta diz respeito à hostilidade do modelo democrático hegemônico quanto à participação ativa dos cidadãos na vida política, e da restrição desta participação aos níveis locais de participação, dificultando uma articulação global contra-hegemônica. A dimensão global e articulada em redes (nacionais, regionais ou mundiais) das práticas democráticas, amplia as possibilidades de aprofundamento da democracia numa perspectiva transformadora.

O terceiro aspecto abordado por Santos (2002) refere-se às possibilidades de cooptação por interesses e atores hegemônicos, às quais não estão imunes às práticas de democracia participativa. Como *locus* de ampliação do campo político e de arenas para as demandas sociais, estas práticas podem ser alvo da burocratização, do clientelismo e da partidarização, manifestadas por meio do “silenciamento ou da manipulação das instituições

participativas” (p.75). A contraposição a essas ameaças hegemônicas passa pelo aprofundamento democrático, como aprendizado e reflexões constantes.

Para o autor,

no domínio da democracia participativa, mais que em qualquer outro, a democracia é um princípio sem fim e as tarefas democráticas só se sustentam quando elas próprias são definidas por processos democráticos cada vez mais exigentes (SANTOS, 2002, p. 75).

A última questão apresentada por Santos (2002) e argumentada por ele como sendo a que mais produziu respostas no projeto “Reinventar a Emancipação Social: para novos manifestos” foi a da relação entre democracia representativa e democracia participativa. Fica evidente, neste estudo, que um dos confrontos centrais que cinge as posições dos países do norte e dos países do sul está no aparente antagonismo entre democracia representativa e democracia participativa, na qual a primeira rejeita a legitimidade da segunda. Esse autor argumenta que a teoria hegemônica de democracia tratou essa questão como um problema de ampliação geográfica, ou de escala, deixando de lado as gramáticas sociais e das complexidades culturais e administrativas nos diferentes países. Para Santos (2002), o desafio das práticas democráticas, ao contrário de ser solucionado com o aumento das escalas, está na redefinição dos desenhos democráticos de cada país, e situa-se para além da democracia representativa.

Um dos caminhos da reinvenção da emancipação social reside na complementaridade entre essas duas formas de democracia, o que significa uma articulação mais profunda entre elas. Essa maior articulação demanda reconhecimento do governo de que vários procedimentos e deliberações realizados pela democracia representativa possam ser substituídos por ações participativas como formas públicas de monitoramento dos governos e dos processos de deliberação pública (SANTOS, 2007).

O orçamento participativo no Brasil pode ser exemplificado como uma experiência de transferência de prerrogativas da sociedade política para arranjos participativos, da qual, por decisão do governo houve ampliação da participação local em deliberações antes, concentradas somente na esfera dos dirigentes políticos (SANTOS, 2002).

Entretanto, no esforço de resgatar o que foi silenciado na constituição da semântica democrática latino-americana e brasileira, faz-se necessário abordar não apenas as práticas democráticas positivas. Igualmente, precisam ser evidenciadas práticas culturais autoritárias e arcaicas, presentes ainda nas entrelinhas das relações sociais, gestadas no processo de

colonização civilizatório brasileiro e que persistem até hoje nas relações sociais que acabam por permear espaços de micropoderes<sup>6</sup>.

Para Santos (2007), a convivência dessas sociabilidades autoritárias e conservadoras com um discurso democrático liberal leva ao fascismo social. Segundo o autor,

vivemos em sociedades politicamente democráticas, mas socialmente fascistas. Ou seja: está emergindo uma nova forma de fascismo que não é um regime político, mas um regime social. É a situação de gente muito poderosa que tem poder de veto sobre os setores mais fracos da população (SANTOS, 2007, p. 112).

Assim, a gramática social brasileira trás em sua essência, a especificidade do processo de formação cultural brasileiro, resultado de um projeto civilizatório que subjugou povos indígenas e povos oriundos do continente africano. Essa herança produz sociabilidades que aparecem nas entrelinhas dos discursos e das práticas nos espaços privados, mas, também, fortemente, nos espaços públicos da sociedade brasileira, e são representadas como machismo, patriarcalismo, patrimonialismo, corrupção, autoritarismo, racismo, individualismo e exclusão social.

Com isso, a construção de uma concepção contra-hegemônica de democracia no Brasil implica no enfrentamento dessas práticas e na ruptura de paradigmas tradicionais, tendo como desafio, ampliar a gramática social e incorporar novos sujeitos e temas à política.

Dessa forma, considerando o projeto “democrático-participativo” exposto acima, buscou-se aprofundar na compreensão das possibilidades e fragilidades dos Conselhos de Saúde do DF no sentido de que suas decisões se transformem em decisões de governo. Para isso, passa-se à reflexão dos desafios de como aprofundar a democracia em um contexto fragmentado como o brasileiro.

## **2.2 Politicidade e Poder**

Dentre as diversas possibilidades da natureza humana e suas múltiplas dimensões, considera-se de maior relevância para o presente estudo, as dimensões social (sociabilidade) e política (politicidade) do homem.

Por sociabilidade define-se a capacidade do homem de viver junto a seus semelhantes,

---

<sup>6</sup> Para Foucault, em todas as camadas sociais ocorre o exercício de micropoderes, em redes mais ou menos hierárquicas, nas quais cada um é centro de transmissão de Poder. In: FOUCAULT, Michel. A microfísica do poder, 2002.

comunicar-se com eles e torná-los participantes da mesma experiência (MONDIN, 2005). Por politicidade, têm-se como definições: um conjunto de relações que o indivíduo mantém com os demais, enquanto membro de um grupo social (MONDIN, 2005), ou como um impulso do ser humano para a organização da convivência, através de relações de mando e obediência (relação de poder), tendo em vista uma finalidade comum, ou seja, um bem comum (organização com fins a objetivos comuns).

Para Betioli (2002), a sociabilidade e a politicidade são as dimensões mais fundamentais apresentadas pelo homem, constatando que, em qualquer época ou lugar, o homem procura o convívio com outros homens, desde pequenos grupos sociais, com a família, o clã, a tribo, até grupos maiores, como a aldeia, a cidade, e o Estado.

Para este estudo, optou-se por priorizar o conceito de politicidade proposto por Demo (2002) que a define como o desafio de formar sujeitos com autonomia crítica, criativa e histórica, capazes de propor projetos alternativos de sociedade, numa perspectiva emancipatória. Ainda, segundo o autor, a politicidade consiste na

[...] habilidade humana de saber pensar e intervir, no sentido de atingir níveis crescentes de autonomia individual e coletiva, que permitem conduzir história própria e mesmo imaginar inovações no processo natural evolucionário (DEMO, 2002, p.11).

A politicidade se refere, portanto, à habilidade humana situada numa dimensão histórica de pensar e intervir e na qual a autonomia individual e coletiva se potencializa na construção de alternativas e de novos caminhos (DEMO, 2002). Essas habilidades têm como desafio superar entraves e limites impostos, relação infindável de autosuperação, e de construção e reconstrução do sujeito, numa relação definido por Demo (2001) como reconstrutiva política.

Para Demo (2001), esse caminho define o ser político, como cidadão que planeja, concebe fins, ajusta meios, exerce sua liberdade e, sobretudo, luta, contra limitações impostas, num processo dialético de conquistas.

Processo esse, que configura o próprio processo participativo, no qual o sujeito se coloca sempre no meio das batalhas numa perspectiva de construção de sociedades menos marginalizantes com base na cidadania. Ressalte-se, no entanto que permeia pela sociedade uma dinâmica ambivalente, mediada pela dinâmica do poder e que exerce modos excludentes de incluir (DEMO, 2002)



Desse modo, a politicidade como poder, não evoca da sociedade apenas o seu “lado bom”, mas mantém, com ela, uma relação dialética que, ao situar-se nas tramas das relações sociais, serve de mediação entre a racionalidade prepotente e a emoção, sendo essa o signo principal do envolvimento político (DEMO, 2002).

A relação dialética preside, assim, a intrínseca ambiguidade do poder: na estrutura social, mostra-se como fenômeno de favorecimento, no qual alguns exploram muitos; na história, pode ser democrático e solidário, desde que haja outra relação na qual os marginalizados controlem o poder (DEMO 2002). Assim, numa interpretação dialética, o poder pode ser visto e entendido, ou como um meio de se fazer história própria, prescindindo da história dos outros, (história das elites, com muitos privilégios), ou como construção de uma história coletiva e mais solidária (DEMO 2002).

Ainda sobre o conceito de poder, Demo (2001) apoia-se na formulação marxista de totalidade dinâmica que essa inclui o seu contrário. Assim, o poder no capitalismo traz dentro de si o germe de seu contrário, implicando numa concepção dialética de superação histórica por movimento próprio. Nessa compreensão, formula-se que a politicidade põe em movimento a força da sociedade, e sua capacidade de provocar mudanças (DEMO, 2001).

Demo (2001) afirma que a qualidade política constitui-se como uma das qualidades humanas mais próprias, enquanto capacidade de intervenção, e que se inscreve no plano subjetivo das relações sociais de contextos sócio-históricos, que se reconstróem no cotidiano<sup>7</sup>. O contrário de qualidade política é denominado de pobreza política que, como negação da outra demonstra a incapacidade e autonomia para se conduzir o próprio destino (DEMO, 1993, 2006). A pobreza política, portanto, não é entendida por Demo (2006) somente como pobreza material, mas é na sua essência o impedimento de ter, numa atitude de repressão para fins de vantagens e oportunidades sociais.

A população brasileira continua “massa de manobra” nas mãos de uma elite inacreditavelmente perversa que, desde sua constituição na história brasileira, por cinco séculos se dedica a espoliar a nação (DEMO, 2006, contracapa).

Assim, a politicidade, aqui manifestada na pobreza política, refere-se à outra face do poder que se apresenta no seu caráter frágil, inerente à relação de domínio, e com capacidade de se impor de forma desconstrutiva.

---

<sup>7</sup> Entende-se cotidiano como um mundo intersubjetivo, em que ocorrem sínteses localizadas de determinações globais, e dia a dia ou senso comum, rico em diversidades, aprendizados e oportunidades pessoais e coletivas (SANTOS, 2009).

Portanto, ao se discutir a qualidade política e a qualidade formal, são abordadas as possibilidades de se forjar uma contraposição à tendência tuteladora do poder. Trata-se, pois de fazer reacender o espírito crítico dos comandados e desenvolver competências de intervenção alternativa, para se contraporem. Esse processo é colocado como desafio para o controle democrático ou controle social, que reside na capacidade da população de controlar os seus mandantes (DEMO, 2002).

Portanto, a qualidade democrática dos mandantes depende da qualidade política, e da qualidade formal da população no controle das ações por eles exercidas. O dimensionamento da qualidade política e formal é compreendido, aqui, como um mesmo fenômeno processual, com conceitos e definições intercomplementares.

Como fenômenos qualitativos e pertencentes a um todo indissociável, resgata-se a relação dialética e dinâmica entre a qualidade formal e a qualidade política, da qual a primeira funda condições essenciais para que a segunda se expresse enquanto forma de intervenção e atuação no cotidiano (DEMO, 2006).

Portanto, o processo dialético de “vir a ser” da qualidade demanda o componente do conhecimento como pressuposto necessário à sua perspectiva de existência. Coloca-se como desafio à disputa por alternativas de poder, que os sujeitos agentes de mudança tenham habilidades em deter e gerenciar informações, por meio do conhecimento<sup>8</sup> (FREIRE, 1995).

Dessa forma, a qualidade formal confere intensidade à qualidade política, que é reelaborada e reconstruída por meio do conhecimento. Assim sendo, a qualidade formal é tão essencial à ação humana, como a sua dimensão política. A construção do conhecimento possibilita mudar o rumo da história e pode conduzir a humanidade à sua emancipação, se embasadas nos campos do saber e do pensar criticamente (FREIRE, 1995; DEMO, 2006). Em outras palavras, o saber da técnica, da forma, do conteúdo, não se dissocia da capacidade de criar possibilidades de mudar, construir, criar e recriar a realidade (DEMO, 1993; 2006).

Assim sendo, a qualidade é indissociável do processo participativo e confere ao cotidiano das relações o significado histórico dos atos da humanidade e a manifestação de seus saberes. Participar é entendido, portanto como atitudes e ações das relações sociais da humanidade as quais, por meio da qualidade política os sujeitos, se percebem pelo exercício crítico e criativo de participação (DEMO, 1993) e elaboram seus projetos de resistência, ou alternativos aos poder imposto.

No entanto, os movimentos por mudanças exigem respostas a altura das

---

<sup>8</sup> Conhecimento é considerado como o processo de reconstrução permanente do saber, capaz de intervir, criticamente, em contextos sócio-históricos específicos (FREIRE, 1995).

transformações necessárias e um escopo epistemológico de reinvenção de conceitos e da própria democracia (SANTOS, 2009). O desafio de intervenção crítica e criativa requer a mobilização constante dos setores interessados, provocando interações sociais contínuas, para que possam construir organizações coletivas que mudem os rumos da história numa perspectiva emancipadora<sup>9</sup> (2009).

Desta forma, a participação demanda a repolitização das práticas sociais em todos os espaços e é ela própria, construção de alternativa de poder na qual prevaleça a capacidade do coletivo em realizar seus planos e projetos, em elaborar intelectualmente, em ter acesso a garantias de políticas incluídas. Para Santos (2009, p.87), “politizar significa identificar formas de poder e imaginar formas práticas de transformá-los em relações de autoridade partilhada”.

Assim, a qualidade política possibilita que os processos democráticos sejam transformados em processo historicamente posicionados e relevantes, provocando o redimensionamento de poderes favoráveis a autoridade partilhada (SANTOS, 2009).

Destaca-se neste estudo, que envolve o conhecimento da qualidade política e formal do controle social em saúde no DF, a definição de qualidade política, aliada à possibilidade da conquista da emancipação. “Qualidade política é a possibilidade que o homem tem de conquistar sua emancipação, fazendo e refazendo história, intervindo criativamente no cotidiano através da participação” (DEMO, 2006, p.31).

Entende-se que uma forte demonstração de qualidade política é a presença do controle democrático na sociedade, em que os detentores de cargos públicos não possuam autoridades e nem recursos próprios. A qualidade política da sociedade, igualmente, define a qualidade da democracia do Estado, como instância delegada de serviço público (DEMO, 2006).

### **2.3 Conselhos Gestores – exercício da cidadania e espaço de controle social no Brasil**

O sistema político brasileiro, a partir da Constituição de 1988, incorporou em sua organização, amplas formas de participação no nível do processo decisório federal, assim como no local, combinadas com as formas de representação (AVRITZER, 2006).

Essa realidade veio confrontar com afirmações insistentes da literatura internacional de que na América Latina não se conformariam espaços institucionalizados de representação de interesses sociais, motivado pelas características das instituições e dos padrões de ação

---

<sup>9</sup> Por emancipação entende-se a capacidade processual de gerar projetos próprios de desenvolvimento humano, em âmbito individual ou coletivo (SANTOS, 2009).

política dos atores sociais latino-americanos (CÔRTEZ, 2007; SANTOS JR., 2001).

No entanto, por meio da Constituição de 1988 e das emendas constitucionais, estabeleceu-se a garantia da participação da população, da sociedade civil, e de usuários em órgãos gestores e consultivos nas mais diversas áreas de políticas públicas no Brasil (CÔRTEZ, 2007), dentre outros institutos de democracia, como o *referendum*, o plebiscito e a iniciativa popular. Ao lado disso, a implementação de políticas descentralizadoras tem levado os municípios a participarem, de forma crescente, das decisões sobre políticas públicas e sociais em diversas áreas: saúde, assistência social, educação fundamental, qualificação profissional e no desenvolvimento rural e urbano.

Neste contexto, os conselhos (ou conselhos de políticas) foram as instituições participativas que mais se multiplicaram no País, como resultado das legislações específicas que regulamentaram os artigos da Constituição de 1988 sobre a saúde, a assistência social, a criança e o adolescente e as políticas urbanas (CÔRTEZ, 2007).

Essas instâncias se constituem, portanto, em espaços públicos, ou fóruns institucionalizados de participação política (CÔRTEZ, 2007), estruturados com o intuito de garantir o controle social da comunidade nas ações governamentais e de orientar as tomadas de decisões no sentido de se buscar uma sociedade livre, justa e solidária (ALVES, 2004).

Ressalte-se que o controle social participativo constitui fenômeno recente no processo histórico brasileiro, conformando-se como uma política e como componente da institucionalidade do Estado e “insere-se num processo mais abrangente de democratização estatal e societária, que tem fundamentado práticas políticas de amplos e significativos segmentos da sociedade brasileira” (JORGE, 2006, p.35).

Para Dropa (2004), o controle social, também chamado de controle popular, é definido como “uma forma de se estabelecer uma parceria eficaz de gerar, a partir dela, um compromisso entre poder público e população, capaz de garantir a construção de saídas para o desenvolvimento econômico e social do País” (2004, p.10).

Portanto, o objetivo central do controle social é mostrar, com transparência para a sociedade, as ações governamentais, no sentido de verificar o atendimento dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, garantidos pela Constituição. Esta ação exige, por outro lado, capacidade dos atores envolvidos, para acompanhar se a finalidade social está sendo atendida pelas políticas públicas (ALVES, 2004).

Dessa forma, o controle social tem ampliado o seu papel de promover a participação efetiva dos cidadãos nas decisões políticas, ao lado de outras atribuições como a fiscalização e

controle das ações do Estado. Esses espaços têm, portanto, contribuído com inovações na gestão pública que agregam o exercício da cidadania com o aprimoramento da gestão das políticas setoriais, destacando-se, sobretudo, a maior transparência nas ações, alocação de recursos e responsabilização dos políticos, gestores e técnicos. Assim, o controle social impõe-se como espaços de cogestão entre estado e sociedade, favorecendo o processo de democratização das políticas sociais.

No entanto, percebe-se a necessidade de compreensão da dimensão politizadora, que a construção das novas relações de poder requer. Entende-se que o estudo do controle social em saúde deve ser realizado numa perspectiva crítica às políticas, em particular às de saúde.

Nessa perspectiva, Dussel (2007) refere-se à definição de controle social entendido como:

instâncias de participação da sociedade, que por meio de procedimentos democráticos produzidos por decisões consensuais, busca formar o poder cidadão. Poder este, percebido como o supremo poder fiscalizador dos demais poderes do estado (2007, p. 122).

Assim, a construção da democracia participativa, sob o controle do povo, segundo Dussel (2007), é o grande desafio transformador do Estado, pelo qual o controle popular é realizado em todo exercício delegado de poder, seja administrativo, legislativo ou executivo.

Portanto, o estudo do controle social, numa perspectiva transformadora e de construção de outra estratégia de poder no campo da saúde, se fundamenta em um conceito positivo de poder e de controle social como “potentia”, o poder da comunidade em si e sua relação com o poder como “potestas”, o poder organizado em instituições, a factibilidade do poder (DUSSEL, 2006). O exercício do controle social, portanto - é a relação do poder do povo ou da comunidade, em sentido estrito, e o exercício do poder delegado, numa articulação entre o instituinte e o instituído.

Os conselhos, como instituições híbridas, têm em sua estrutura, a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade, conforme a natureza de sua atuação. Os contornos institucionais dessas instâncias são definidos pela legislação local, tendo como parâmetro, a legislação federal. Essa situação é caracterizada, no Brasil, pelos diferentes formatos nas suas representações, notadamente na participação das entidades da sociedade civil. Observa-se, por exemplo, que nos conselhos de saúde, os usuários constituem metade da representação, por outro lado, nos conselhos da criança e do adolescente, são as entidades da sociedade civil que ocupam esta posição (AVRITZER, 2006).

As diversas experiências da ação dos conselhos como espaços de controle social, têm estimulado estudos e avaliações sobre o papel que essas instâncias vêm exercendo nos processos decisórios políticos, junto aos diferentes níveis administrativos e órgãos do Poder Executivo federal, distrital, estaduais e municipais, assim como de suas relações com a capacidade organizativa do movimento popular e sindical no País (CÔRTEZ, 2001; SANTOS JR., 2001). Essas pesquisas têm abordado, sobretudo, as condições existentes, para se viabilizar ou não o êxito na participação nestes fóruns (CÔRTEZ, 2007).

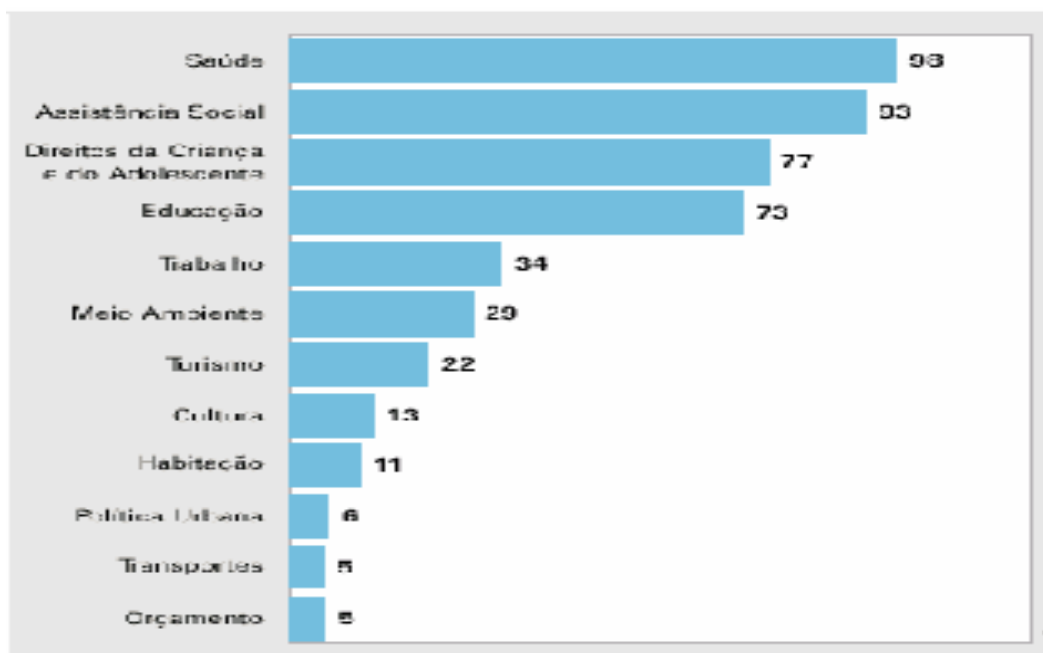
Entretanto, esses estudos têm produzido poucas evidências fundamentadas em observações sistemáticas sobre a eficácia e a efetividade da participação e do papel dos conselhos no planejamento e gestão das políticas sociais (SILVA; ABREU, 2002).

Segundo Avritzer (2006), não existem no Brasil estudos conclusivos sobre mudanças do padrão das políticas públicas em áreas nas quais os conselhos estão mais bem estruturados; no entanto, o autor ressalta que algumas pesquisas têm apresentado indicadores parciais, que apontam nesta direção.

Em 2001, o IBGE realizou a Pesquisa de Informações Básicas Municipais pela qual examinou o crescimento e distribuição dos conselhos municipais no Brasil. O resultado apresentado indicou estruturação de conselhos de saúde e de assistência social na quase totalidade dos municípios brasileiros (fig. 1). Por outro lado, essa mesma pesquisa concluiu que os conselhos da criança e do adolescente e de educação<sup>10</sup> são menos presentes e que possuem grande variação nas suas distribuições nas diversas regiões do Brasil (IBGE, 2001).

---

<sup>10</sup> Nem todos os conselhos de educação têm o mesmo papel no Brasil. Há uma tendência dos conselhos de educação de se tornarem, em alguns casos, em instância normativa e reguladora das instituições educativas existentes no Estado. Tal fato mostra que mesmo a legislação atual sobre conselhos não é sistemática e não envolve a adoção de padrões semelhantes de tomadas de decisão (AVRITZER, 2006).



**Figura 1:** Conselhos Municipais no Brasil

**Fonte:** IBGE – Pesquisa de Informações Básicas Municipais (2001)

Esta pesquisa revela, ainda, que as áreas com menor rede de conselhos são as regiões Norte e Nordeste (Quadro 1), onde os conselhos da criança e do adolescente e do meio ambiente aparecem em número significativamente menor do que em outras localidades.

**Quadro 1:** Conselhos Municipais no Brasil (2001) – distribuição espacial e diferencial de institucionalização

<b>Conselhos Municipais no Brasil (2001) – distribuição espacial e diferencial de institucionalização</b>			
<b>Área de atuação do conselho</b>	<b>Região em que aparece com:</b>		<b>Diferencial entre regiões</b>
	<b>Maior ocorrência</b>	<b>Menor ocorrência</b>	<b>Maior / menor ocorrência</b>
Saúde	Sul (99%)	Nordeste (97%)	2%
Assistência social	Sul (96%)	Nordeste (92%)	4%
Direitos da criança e do adolescente	Sul (91%)	Nordeste (66%)	25%
Educação	Sul (79%)	Norte (63%)	16%
Meio ambiente	Sul (40%)	Nordeste (14%)	26%

**Fonte:** IBGE – Pesquisa de Informações Básicas Municipais (2001)

Para Avritzer (2006), existe uma limitação dos dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais do IBGE (2001), supracitada, na qual os elementos analisados não

discriminam a presença do Conselho e a sua efetividade para a deliberação sobre a política pública a ele vinculada, em que aspectos como o número de reuniões realizadas por ano, assim como a capacidade em pautar os temas prioritários, não são relatados.

Ademais, Avritzer (2006) aponta uma diferença significativa entre os resultados encontrados na pesquisa do IBGE (2001) e com outros, relatados em um estudo realizado no Estado de Minas Gerais sobre os conselhos municipais de assistência social (CUNHA; CUNHA; AVRITZER, 2003). A pesquisa realizada em Minas Gerais, ao observar aspectos do funcionamento dos conselhos de assistência social como a frequência de reuniões e a agenda desses, demonstrou que alguns conselhos, apesar de estarem constituídos legalmente, não se reúnem, e outros sequer existem de forma efetiva.

Diferentemente, em outro estudo (COELHO; VERÍSSIMO, 2004; AVRITZER, 2004; CORTES, 2002 *apud* AVRITZER, 2006), analisou-se a tendência democratizante em municípios onde os conselhos de saúde e aos conselhos de assistência social são mais atuantes. Essa pesquisa apontou que os conselhos de saúde que desenvolveram ações no sentido de levantar queixas e necessidades sobre a saúde da população exerceram grande influência na organização da política pública local. Nesse mesmo estudo, foi analisado o desempenho do Conselho Nacional de Assistência Social na definição da distribuição dos recursos federais oriundos de emendas parlamentares para essa área. Constatou-se que, por meio de uma resolução, esse conselho influenciou a Câmara Federal na definição de critérios técnicos e equânimes para a distribuição desses recursos entre os estados da federação (AVRITZER, 2006).

Goulart (2010), em estudo comparativo realizado em seis conselhos nacionais como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Educação (CNE), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente CONANDA, Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Humana (CDPH), Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) e Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) analisou as funções, estrutura e processos de decisão destas instâncias.

Segue o quadro com os achados, de forma resumida, apresentados por Goulart (2010) (Quadro 2):



**Quadro 2:** Estudo comparativo das funções, estrutura e processos de decisão em conselhos no Brasil (GOULART, 2010)

ATRIBUTO	COMENTÁRIOS
<b>BASE JURÍDICA</b>	Criados por leis específicas, emanadas do Executivo, que geralmente detalham suas funções, composição e aspectos operacionais (exceção: saúde)
<b>IDADE</b>	Variável. CNE, CNS e CDPH são os mais antigos (início do século XX e décadas de 1930 e 1960, respectivamente), mas sofreram marcantes transformações democratizadoras nos últimos anos. Os demais tendem a surgir ao longo do processo de redemocratização do País.
<b>VINCULAÇÃO</b>	Todos pertencem, formalmente, à estrutura do Executivo e têm tarefas e atribuições coerentes com tal definição.
<b>PRESIDÊNCIA</b>	Ministros ou funcionários graduados do Executivo em cargos definidos pela lei como natos. Saúde é, mais uma vez, exceção (a partir de 2006).
<b>ESTRUTURA OPERACIONAL</b>	A maioria tem comitês temáticos, grupos técnicos e outras denominações para operacionalizar suas tarefas. No CNE, é bastante marcante essa divisão, funcionando praticamente como dois conselhos paralelos que levam apenas as questões a serem dirimidas ao “conselho pleno”.
<b>PODER DELIBERATIVO</b>	Os termos: poder deliberativo, deliberar e deliberação, aparecem em apenas alguns casos (CNS, CONAMA, CNE) e são qualificados mediante termos, tais como: assessorar, formular, avaliar, recomendar, opinar, definir, acompanhar a execução, fiscalizar etc. É patente a necessidade de homologação das decisões por parte do Executivo.
<b>PARIDADE</b>	Não é aspecto constante. No CONAMA, as entidades oficiais são maioria; no CNDES está estipulado que o governo federal não poderá ocupar mais do que 25% das vagas. No CNS, os quantitativos de participação dos diversos segmentos são autorregulados, o que é também uma exceção à regra geral.
<b>PROCESSO DE COMPOSIÇÃO</b>	Geralmente, por escolha direta que parte do Executivo. Para a representação da sociedade, há definição legal prévia; e a intervenção do Executivo na escolha é a regra, mediante listas múltiplas, por exemplo. CNS seria, mais uma vez, exceção.

<b>PROCESSOS DE DECISÃO</b>	Variável. No caso do CONAMA, ocorre definição mais abrangente relativa aos poderes do Conselho e sua publicização (resoluções, moções, recomendações, proposições). Também, no CONAMA, aparece uma figura original, a deliberação vinculada a diretrizes, normas técnicas e padrões estabelecidos. Necessária a homologação (pelo Executivo) em todos os casos.
-----------------------------	---

Observa-se nesse estudo que os aspectos abordados foram principalmente relacionados aos atributos funcionais e de estrutura dos conselhos, não se caracterizando como uma análise da atuação desses. Entretanto depreende-se dessa pesquisa que fatores comuns marcam a estrutura e funcionamento dos conselhos no Brasil, quer seja

a vinculação ao Poder Executivo, o estatuto de política de governo, os atributos de instância de consulta, acompanhamento e formulação de políticas, com o poder deliberativo atrelado (ou vinculado) às diretrizes previamente estabelecidas em leis e normas próprias de cada área de atuação (Goulart, 2010, p.12).

Destacam-se, ainda, nessa pesquisa, as particularidades e exceções apresentadas pela área da saúde quanto ao controle social, principalmente nos aspectos relacionados à escolha da presidência que, nesse caso, pode ser exercida por um ator não governamental; a paridade autorregulada e a escolha dos conselheiros usuários de forma direta, a partir das bases (GOULART, 2010).

Assim, ainda que faltem avaliações nacionais sobre a atuação dos conselhos gestores, os estudos realizados sobre as inúmeras experiências de conselhos no Brasil ilustram a diversidade de suas organizações demonstrando êxitos dessa ação participativa nas grandes cidades (AVRITZER 2006). O autor destaca, ainda, o protagonismo desempenhado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Conselho de Assistência Social no cenário de participação da comunidade nas decisões das políticas públicas no Brasil.

No entanto, a existência dos conselhos por si só não é suficiente para que essas instâncias se destaquem na promoção da participação. Para que isso aconteça, é necessário, por um lado, que setores dos movimentos sociais e representantes dos usuários façam opção por atuarem nesses espaços. Por outro, considera-se que nem sempre as questões são decididas nesses fóruns (AVRITZER, 2006), uma vez que a participação popular nas deliberações das ações e serviços do governo, ainda não é bem aceita por parcela considerável

de gestores. Ressalte-se que esses gestores há muito tempo vêm agindo sem a fiscalização direta da população usuária ou beneficiária dos serviços (ALVES, 2004) e, com isso, têm se constituído em atores privilegiados nessa relação, uma vez que detém a maioria dos recursos de poder para a tomada de decisão.

Desse modo, a análise de conselhos de políticas públicas demanda o exame de diferentes dimensões explicativas. O interesse de participação demonstrado por ativistas e lideranças sindicais e populares e de outros grupos da sociedade, aliado à possibilidade de exercício da participação são fatores decisivos para o funcionamento destes espaços. No entanto, existem alguns aspectos condicionantes que determinam esta relação. Destacam-se entre eles, a dimensão institucional do papel do Conselho no contexto da política pública específica e a dinâmica da ação dos atores envolvidos nos processos participativos desses fóruns.

Dessa forma, consideramos para esse estudo, alguns aspectos propostos por Côrtes (2007) que, na opinião da autora, influenciam os processos participativos dos conselhos e contribuem para a compreensão do modo como esses funcionam. Esses fatores conformam elementos estruturais como características institucionais e “padrões historicamente consolidados de comportamento político e de ação coletiva” (p.129) dos atores institucionais. A atuação desses grupos, influenciada por esses fatores, quer seja de forma isolada ou de forma articulada, definem o desenho e o acesso aos espaços de decisões da administração pública de cada área.

Assim, esses fatores são:

1 – Características institucionais da área de política pública da atuação do Conselho. Esse aspecto é definido pelas determinações legais, normas administrativas em cada área de política pública, assim como pelas relações históricas de organização político-administrativas, e dos gestores públicos com os diferentes setores sociais afetos à política em questão. A autora chama atenção nesse aspecto, para as diferenças da natureza das políticas públicas, mais especificamente das políticas sociais. Ressalte-se que questões como a cobertura da população beneficiada com a política assim como a forma que ela é financiada, produzida e distribuída, conferem diferentes gradações de importância para a administração governamental. Nesse quesito, incide, também, a capacidade de mobilização de recursos políticos e organizativos dos segmentos, o que pode ser igualmente determinante para que a política tenha um maior ou menor destaque. Essa capacidade pode estar relacionada tanto com interesses em conferir visibilidade para determinados grupos, quanto com a natureza pública

ou privada do financiamento e da regulação da ação e pode influenciar as relações entre o poder público e os interesses privados.

2 – Grau de organização dos movimentos populares e sindicais e dos segmentos dos usuários. Na opinião de Soraya Cortês (2007), a capacidade organizativa é um componente determinante para assegurar a mobilização e o envolvimento dos representantes dos setores sociais, afetos à política do Conselho, de forma legítima, autônoma e ininterrupta. Destaca-se aqui, que essa capacidade difere muito entre as regiões brasileiras e é condicionada pelos grupos de interesses que são mobilizados, pela natureza da organização e pela vida política dos municípios. Essa realidade resulta em diversos formatos de funcionamento dos conselhos que, ao lado dos avanços conquistados, sofrem influência da baixa cultura política existente na maioria dos municípios brasileiros, causando limitações para um maior comprometimento e força política das instituições e movimentos populares. São características ainda marcantes nas relações entre governo e sociedade no Brasil, o clientelismo e o paternalismo, com forte presença, principalmente nos municípios de menor porte.

Constata-se que a baixa tradição de participação, aliada à história autoritária da nossa sociedade, dificulta a busca de idoneidade nos representantes dos conselhos.

Na área da saúde, não são raras as falsificações nas representações, principalmente na dos usuários (LABRA; FIGUEIREDO, 2002), comprometendo tanto a democracia interna como a legitimidade dos Conselhos de Saúde. Esses desvios podem ser exemplificados sob diversas formas: indicação de representantes de usuários pelo poder executivo, secretários de saúde buscando assinaturas dos conselheiros em suas casas e desrespeito à paridade, demonstrando que a medida de implantação dos conselhos por si não garante o acesso democrático ao processo decisório, sendo esses espaços, muitas vezes, apropriados pelos poderes Executivo e Legislativo como forma de reforçar a dominação existente (LIMA, 2001).

Por outro lado, apesar do anacronismo e conservadorismo nas relações sociais advoga-se que a garantia da ocorrência ou não da participação de representantes com legitimidade e autonomia nos conselhos depende da força dos movimentos sociais e sindicais.

3 – O significado da participação para as autoridades. Para Cortês (2007), a atitude das autoridades em promover ou obstaculizar a participação está relacionada com o posicionamento político-ideológico desses dirigentes. Esse condicionante é igualmente decisivo, pois, em grande parte dos conselhos no País, a direção desses fóruns é realizada diretamente pelo gestor. Ademais, onde o gestor não exerce a presidência do Conselho, sua influência é realizada por meio da interferência na agenda de discussão dessa instância na

decisão sobre a infraestrutura e dinâmica de funcionamento do Conselho, na implementação ou não das questões ali decididas e na possibilidade de exercer pressão sobre as autoridades no sentido de viabilizar as decisões. A municipalização tem contribuído para que o papel do gestor cresça em relação às políticas públicas, uma vez que as responsabilidades sociais financiadas com recurso público, principalmente nas áreas da saúde e da assistência social, estão sob a sua direção.

4 – A natureza da *policy networks*<sup>11</sup> setorial, que pode comportar a existência de *policy community*<sup>12</sup> à qual se aliam profissionais da área e lideranças populares. A enumeração desse condicionante, como definidor nas decisões políticas em sociedades complexas, ilustra a opinião da autora de que existem vários centros de deliberações e múltiplos atores coletivos e individuais que influenciam estas decisões. Cortês (2007) pontua que profissionais de organizações governamentais, como os servidores públicos, são atores centrais no processo de elaboração da política, uma vez que, efetivamente, tomam decisões. A intensidade de poder, por eles exercida, obedece a uma hierarquia de funções e responsabilidades, e aumenta, proporcionalmente, com a importância do cargo.

É importante assinalar que a intensidade de poder exercido por esses atores, assim como pelos arranjos organizacionais, por eles estruturados, é que define a formulação e a implementação das políticas. A autora, portanto, resgata a importância da ação dos diversos atores societários e estatais e das *policy communities* atuando num contexto de *policy networks* no qual “esses setores se confrontam, articulam e constroem consensos provisórios ou estratégicos para a formulação e implementação de políticas” (CORTÊS, 2007, p. 133).

A autora destaca ainda que, no Brasil, a partir dos anos 1980 e 1990, os fóruns de participação tornaram-se espaços de tomadas de posição e de articulação de *policy communities*, nos quais, acadêmicos, profissionais e grupos de interesse, buscavam se articular com as instâncias políticas nos ministérios e secretarias, a fim de influenciarem o processo de tomada de decisão em áreas específicas da administração.

Para Cortês (2007), a estruturação dos conselhos como *locus* importantes de canalização de demandas dos usuários e da população beneficiária dos serviços e bens, foi influenciada por elites conscientes que estimulavam a participação de lideranças sindicais e populares nestas instâncias. A autora afirma que, nos locais em que essa relação se deu, o

---

<sup>11</sup> Locais ou centros de decisões nos quais se estabelecem relações entre especialistas, grupos de interesse, governo e incluem uma variedade de atores e de arenas política, com articulações diversas e que diferem sobre os resultados esperados sobre as políticas (MARSHALL, 1988; SMITH, 1991, *apud* CORTÊS, 2007).

<sup>12</sup> Número relativamente estável de membros que compartilham valores e visão sobre os resultados desejáveis da política setorial (CORTÊS, 2007, p. 135).

envolvimento das lideranças foi maior e possibilitou a estruturação de uma *policy community*, formada por profissionais, lideranças e comunidade, que compartilhavam opiniões sobre o resultado das políticas e sobre formas organizativas de mobilização.

Assim, as condições necessárias para a configuração da participação nos conselhos são estruturadas a partir de características institucionais e padrões de comportamento político historicamente consolidados, relacionados com a capacidade organizativa da sociedade civil (CORTÊS, 2007).

É a ação de diversos atores sociais e estatais e de *policy communities* que viabiliza a participação. São esses atores que analisam, interpretam as regras institucionais explícitas e implícitas que existem em cada área pública e na vida política de cada cidade, decidindo como agir (CÔRTEZ, 2007, p. 139).

### 2.3.1 Zona de sombra e de luz na relação Estado-sociedade

Outro aspecto aqui analisado como um dos requisitos de controle da sociedade civil sobre o Estado é o da “transparência administrativa” (JARDIM, 1999, p. 49). Ressalte-se que este tema refere-se à forma de circulação da informação governamental, numa administração pública<sup>13</sup>, considerando a tensão que envolve os discursos dos diversos atores envolvidos na relação de controle social.

Parte-se da compreensão de que a prática do controle social, numa democracia, requer visibilidade da administração pelo cidadão, e passa pelo verdadeiro envolvimento dele no processo decisório, pelo conhecimento dos motivos adotados para as deliberações e pela publicação e circulação das decisões administrativas. Para Jardim (1999), a informação publicizada é um balizador das relações entre o Estado e a sociedade. Portanto, quanto maior o acesso à informação governamental, mais democráticas serão as relações entre o Estado e a sociedade.

A transparência é caracterizada por esse autor como uma manifestação do Estado e uma demanda social, mas que, por outro lado guarda uma relação com o seu oposto, a opacidade. Chevalier (1998) chama a atenção para as gradações existentes na relação entre transparência e opacidade, numa configuração de zonas de luz e sombra, em que a opacidade

---

<sup>13</sup> Conjunto de atividades diretamente destinadas à execução concreta das tarefas, consideradas de “interesse público” ou comum numa coletividade ou numa organização estatal. Corresponderia de um lado, às ações governamentais relacionadas com os poderes de decisão e comando e aquelas de auxílio imediato ao exercício do governo; de outro, diria respeito aos empreendimentos voltados para a consecução de objetivos públicos, definidos por leis e atos do governo (JARDIM, 1999, p. 50).

não interdite totalmente “a percepção dos elementos constitutivos do universo visualizado, nem a transparência leve ao olhar preciso sobre os elementos ali existentes” (1998 p.76).

A autora afirma que

a transparência designa, inicialmente, a propriedade de um corpo que se deixa atravessar pela luz e permite distinguir, através da espessura, os objetos que se encontram atrás. Falar, neste sentido de transparência administrativa, significa que atrás do invólucro formal de uma instituição se perfilam relações concretas entre indivíduos e grupos percebidos pelo observador. Mas, a transparência é suscetível de graus: um corpo pode ser realmente transparente, ou seja, *límpido* e fazer aparecer com nitidez os objetos que recobre, ou somente *translúcido*, se ele não permite, ainda que seja permeável à luz, distinguir nitidamente, esses objetos, ou ainda *diáfano*, se a luz que ele deixa filtrar não permite distinguir a forma desses objetos. Por extensão, a transparência designará o que se deixa penetrar, alcançar levemente, o sentido escondido que aparece facilmente, o que pode ser visto, conhecido de todos ou ainda que permite mostrar a realidade inteira, o que exprime a verdade sem alterá-la (CHEVALIER 1998, p.76).

Dessa forma, percebem-se os limites da transparência e a existência de uma barreira entre Estado e sociedade no plano da informação em um cenário no qual o processo decisório acontece de forma hierarquizada, inerente a um Estado concentrador de poder (ALMINO 1986). Para o autor, mesmo em sociedades democráticas nas quais existam amplas e abertas discussões no interior do Estado e que reflitam a realidade da sociedade, constata-se a ocorrência da desconfiança mútua.

A essa desconfiança, o autor associa a ideia de “segredo” com um mecanismo que

impediria um controle mais efetivo por parte da sociedade sobre seus governantes, constituindo uma forma de evitar o julgamento, preservando assim, o lugar do poder. Cria-se uma realidade escondida e outra aparente. Tendo acesso apenas a essa última, a sociedade é mantida na ignorância de processos decisórios que lhe dizem respeito (ALMINO, 1986, p. 106)

Para Bobbio (1990), a partir do século XX, ocorreu o que ele designou de fenômeno da “politização do social” com a distinção entre Estado e sociedade, resultado da relação em que “o Estado não só permeou a sociedade, mas também no sentido de Estado permeado pela sociedade” (p.75). Bobbio (1990) ressalta que essas mudanças levaram o Estado a criar normas, regulamentos e contratos que alteraram a relação entre a burocracia e os diferentes grupos de interesse da sociedade, às quais a administração passou a ser receptiva aos fins sociais e políticos, ao contrário de aplicar, de forma rigorosa e imparcial, as ordens dos burocratas. O autor também se pronuncia sobre o segredo e os limites da transparência. Para ele, “a vitória do poder visível sobre o poder invisível jamais se completa; o poder invisível

resiste aos avanços do poder visível, inventando sempre novos modos de se esconder, de ver sem ser visto” (p. 97).

Assim, o segredo evidencia a existência de um autoritarismo administrativo, pelo qual a informação é “confiscada” pelos governantes e funcionários, numa relação inconciliável com a construção democrática em que deveria prevalecer o debate público e o acesso do cidadão às informações do Estado. Nesse contexto, os cidadãos são considerados como “quantidade negligenciável e tratados como intrusos, permanecendo “administrados”, sem verdadeiramente adquirir a cidadania” (CHEVALIER, 1998, p 46).

Para o autor, esses sujeitos ficam a serviço de uma administração anônima, sem rosto e “impenetrável”, privados do acesso às informações e desconhecendo as origens das decisões a eles relacionadas. “A persistência do segredo seria contrária ao cidadão que deseja, cada vez mais, conhecer, compreender, ser compreendido” (CHEVALIER, 1998, p 48).

Outro autor que segundo Jardim (1999) discutiu sobre a construção da opacidade na administração pública é Calliope Spanou. Para Spanou (1988 *apud* JARDIM, 1999), a justificativa do segredo em atividades do governo, fundamenta-se na suposta neutralidade do Estado, caracterizada pela resistência às pressões externas na intenção de preservar a “independência e a liberdade de decisão do Estado em relação aos interesses privados” (SPANOU, 1988 *apud* JARDIM 1999, p. 53).

Dessa forma, o segredo para a tomada de decisões é justificado pela preservação do “interesse geral”, eximindo a administração de prestar contas de suas escolhas e provocando uma inversão, pela qual o público torna-se secreto para a satisfação do bem comum (SPANOU, 1988 *apud* JARDIM 1999). Ademais, para esse autor, a estrutura hierarquizada do governo e de seu aparelho de Estado favorece a deliberação de ações, distantes da realidade e provoca nos funcionários, um sentimento de proteção da administração das possíveis influências do entorno social que a cerca. Assim, o segredo administrativo tem o objetivo de resguardar a administração do seu exterior e fortalecê-la internamente.

O segredo foi sempre território do poder e também um meio privilegiado de estruturação do campo social, enquanto princípio de construção e classificação dos grupos. Alianças e conflitos aproveitam das propriedades segregacionistas do segredo, que engendram e reforçam o poder dos que o dominam. Guardar zelosamente seu segredo permite dominar o aliado e desarmar o adversário (SPANOU, 1988 *apud* JARDIM 1999, p. 52).

Ao realizar essa discussão tendo como referencia o Estado brasileiro, observa-se que desde a sua criação no século XIX, a opacidade e não a transparência tem sido uma das mais



claras características de sua administração. Para Jardim (1999), mesmo fazendo parte da agenda de democratização política do Estado Brasileiro, após 1988, este tema tem sido pouco desenvolvido do ponto de vista teórico e limitado à retórica do discurso democrático. Segundo o autor, a estruturação de práticas e elaboração de políticas que garantam a visibilidade do Estado pela sociedade civil, ainda estão por serem estruturadas.

Ressalte-se que as instituições da república foram criadas para estabelecer limites e controle dos aparelhos de Estado sobre si mesmos e da sociedade civil sobre esses, colocando à disposição do povo, instrumentos de controle do poder político (MARTINS, 1989).

Por outro lado, opina-se que a transparência vem sendo difundida como um valor global nas sociedades contemporâneas, premidas pela necessidade de legibilidade das instituições e de enfrentamento da complexa realidade social com crescentes níveis de despertencimento e alienação dos cidadãos (CHEVALIER, 198, p. 56).

Jardim (1999) define três facetas e três polos de realização da transparência. As facetas são:

**o direito de saber:** dado que, por princípio, a Administração atua em função do interesse geral, os cidadãos têm o direito de saber o que sucede no interior desta;

**o direito de controle:** deve-se saber, mas também utilizar este direito para controlar, verificar a legalidade e a oportunidade das decisões administrativas e apreciar como se utilizam os fundos públicos;

**o direito do cidadão** de ser ator e não mero espectador da vida administrativa: ‘o direito de ser não um administrado, mas um usuário da administração’ (1999, p.57).

Os polos de realização da transparência são:

**o direito de acesso a documentos administrativos:** o cidadão tem o direito de acesso aos documentos produzidos pela administração pública, os quais não sendo propriedade desta, devem estar à disposição daqueles;

**o direito de acesso à motivação dos atos administrativos:** os cidadãos têm direito não somente a conhecer os documentos administrativos, mas também as razões das decisões administrativas e o processo que lhes corresponde;

**o direito de participação:** trata-se da possibilidade de o cidadão participar no processo decisório (1999, p.57)

A essa discussão, agrega-se o conceito de *accountability*, definido por José Maria Jardim como o “conjunto de mecanismos e procedimentos que levam os decisores governamentais a prestarem conta dos resultados de suas ações, garantindo-se maior transparência e a exposição pública das políticas públicas” (JARDIM, 1999, p. 57).

Advoga-se que esse mecanismo possibilita aos cidadãos discernirem sobre a ação dos governantes em prol dos interesses da comunidade e associar as políticas adotadas aos resultados que se espera destas políticas.

Portanto, o *accountability* é um forte componente da prática de controle social das políticas públicas, uma vez que o direito à informação e a natureza dessa incidem, sobremaneira, na compreensão dos cidadãos sobre estas ações e supõe uma alteração do contexto relacional entre indivíduos e sociedade, passando de um modelo “monológico” para outro “dialógico” e “interativo” (JARDIM, 1999).

No contexto das atividades dos conselhos faz-se importante reportar às reflexões realizadas acima, uma vez que se reconhece que a opacidade e não a transparência é uma característica do objeto aqui estudado. Ao analisar os conselhos como atores importantes na definição das políticas públicas no Brasil, é preciso ressaltar os componentes reais que envolvem os fatos na construção destas ações, o que do ponto de vista empírico, distanciam-se das categorias e conceitos como participação, interesse, consenso, democracia, normas formais, interesse geral etc. (SILVA; ABREU, 2002).

Segundo os autores, ao lado da importância dos conselhos como instâncias definidoras de políticas, somam-se fatores empíricos de fragmentação e pluralidade que envolve as relações intra e extraconselhos como as intenções dos diversos atores, as alianças, os conflitos, que muitas vezes mostram-se de forma disfarçada, opaca. Assim, percebe-se que a força institucional dos conselhos reside na complexa relação entre as dimensões da participação dos setores sociais, das atribuições definidas legalmente, na capacidade de articulação intraburocrática e, sobretudo no lado mais visível desta instância que é a circulação de suas decisões (SILVA; ABREU, 2002).

Para esses autores,

a capacidade de o Conselho influenciar políticas públicas depende de sua capacidade de colonizar práticas, alianças, interesses e conflitos feitos, muitas vezes com objetivos ou ganhos heterogêneos entre si. E o seu principal instrumento é a construção de um discurso que vai se referir ao sistema, ao atendimento de saúde como um todo, ao Conselho, ao bem-estar, etc. Isso decorre apenas em parte das suas competências formais. Uma vez que o Conselho não tem poder discricionário, não pode dizer como alocar verbas, nem implementar políticas públicas. No espaço empírico entre o Estado, entendido como um conjunto de ideais, e a realidade de uma administração fragmentada, o Conselho consegue impor-se como um lugar onde é possível construir sínteses “impossíveis”, colocar lado a lado, como partes de uma mesma política, instituições que, por si só, não conseguiriam realizar esse feito (SILVA; ABREU, 2002, p. 39).

## 2.4 Conselhos de Saúde – Espaços de participação e de capacidade de luta

A formação da ideologia e das práticas de saúde, assim como do conceito teórico e político de participação comunitária desenvolvido no Brasil, teve como um dos marcos a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978. A partir desse evento, que teve como o tema principal os cuidados primários em saúde (OMS, 1978), a participação se tornou um novo paradigma, juntamente com outros elementos estruturais da saúde: o coletivismo; a relação da promoção com a prevenção e a cura; a descentralização e desconcentração de poder e de recursos; o aporte de tecnologias, e a incorporação de práticas não oficiais, interdisciplinares e multiprofissionais (SILVA JÚNIOR, 1998).

Enfatiza-se, nesse sentido, o papel desempenhado pela vertente crítica das ciências sociais na Medicina-Social Latino Americana, para a construção do conteúdo democrático da Reforma Sanitária Brasileira. Coletivos de docentes e pesquisadores latino-americanos, já na década de 1970 questionavam o modelo médico hegemônico e acenavam com a possibilidade da “constituição de sujeitos sociais, comprometidos com a saúde e a defesa da vida do conjunto da população, apesar das restrições impostas pela estrutura social capitalista aos agentes das práticas de saúde” (PAIM, 2002, p. 13).

Destaca-se nessa direção, a corrente de pensamento que deu origem à Saúde Coletiva na América Latina, tendo como referência, os autores Juan Cesar Garcia, Cecília Donnângelo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, dentre outros (PAIM, 2002).

Portanto, os conceitos e práticas que nortearam as reformas do sistema de saúde no Brasil, a partir do final da década de 1970 receberam de forma direta ideias geradas fora do País (PAIM 1997) e que foram atualizadas de acordo com o contexto brasileiro. Destaca-se que na década de 1980, a estruturação das Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e o SUS, com uma orientação descentralizada e voltada para a municipalização das responsabilidades, contribuíram, sobremaneira, para a institucionalização da participação da comunidade na saúde.

Para Paim (1997), desenvolveu-se, nesse período, uma luta contra-hegemônica na construção de modelos de atenção com deslocamento do enfoque, centrado, unicamente, nos serviços para a ênfase na discussão das condições de saúde e seus determinantes. Para esse autor, essa nova dimensão proporcionou práticas de saúde diferenciadas, incorporando componentes técnicos, políticos e ideológicos, imbuídos de sentido social.

A luta de ideias e a inovação das práticas levaram o que era um movimento ideológico a tornar-se um movimento de ação política, com a incorporação de novos atores sociais na condução da saúde no país (PAIM, 1997).

Nas décadas de 1980 e 1990, os movimentos a favor de políticas públicas de saúde assumem centralidade na luta pela democracia, no Brasil. A situação singular, de ter o controle social como princípio na área de saúde, leva a mudanças profundas na relação entre o Estado e a sociedade, provocando impactos no conjunto das políticas nacionais (JORGE, 2006). As transformações ocorridas nesse período foram, antes de tudo, resultado de lutas e embates nos diversos planos, tanto na área governamental entre a própria burocracia do Estado, quanto na sociedade em geral e seus diversos atores e múltiplas forças organizadas (SILVA; ABREU, 2002; JORGE, 2006).

A partir dos anos 1990, com a aprovação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que regulamentou a participação da comunidade na gestão da saúde, os conselhos tornaram-se instâncias estratégicas na elaboração das políticas e nas tomadas de decisões. Práticas democráticas e de participação passaram a ser parâmetros importantes de avaliação nas lutas setoriais. Ademais, o papel que os conselhos de saúde vêm desempenhando, e os mecanismos de participação e representação estruturados por eles têm implementado outro padrão na resolução de conflitos e nas deliberações das políticas específicas segundo Silva e Abreu (2002), ressaltando que a mobilização e a luta na área da saúde têm acumulado uma experiência histórica inovadora e ainda em curso no Brasil.

A afirmação da participação conferida pela Lei 8.142/90, é realizada por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, que juntamente com os conselhos gestores (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e, no nível estadual, os conselhos de secretários municipais de saúde (COSEMS), têm construído uma teia de forças e de articulação de pactos federativos sobre as políticas de saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Desataca-se que instâncias nacionais, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como o CONASS e o CONASEMS, têm conseguido articular políticas integradas nacionalmente, a partir de formulações locais (regionais e municipais) realizadas por técnicos, políticos e burocratas, mediados pelos movimentos sociais (BRASIL, 2006), o que tem resultado em uma extensa pauta de negociações e de realizações entre essas entidades e os poderes executivos e legislativos.

Mudanças importantes têm acontecido no sentido de fortalecer e ampliar a institucionalização do controle social na saúde. Em 2003 o Ministério da Saúde, por meio do

Decreto nº 4.726, de 9 de junho do mesmo ano, criou, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), cujo missão principal é o fortalecimento da gestão e do controle social na saúde, além de realizar ações de auditoria do SUS, bem como de monitoramento e avaliação da gestão (BRASIL, 2003).

Cabe à SGEP reafirmar os princípios doutrinários e organizativos da Reforma Sanitária do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização, hierarquização, regionalização e comando único em cada esfera de governo), apoiar os mecanismos constituídos de participação popular e controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, ouvindo, analisando e encaminhando as demandas provenientes dos usuários, além de auditar as contas do SUS e avaliar os resultados das políticas (BRASIL, 2003).

Ressalte-se que a SGEP, juntamente com usuários, trabalhadores e gestores têm aprofundado nas discussões e criado estratégias no sentido de consolidar a definição das competências dos conselhos de saúde, uma vez que, ainda, são fortes as divergências de opiniões relacionadas às funções desempenhadas pelos gestores e por aquelas instâncias. Esses conflitos são evidentes até mesmo no interior dos conselhos de saúde, ocasionados pela diversidade de opiniões e de ideologias na sua composição, explicitando que esse *lócus* de participação não são espaços neutros, nem isentos de contradições e manipulações.

Do mesmo modo, existem dilemas teóricos e políticos não resolvidos no que se refere ao poder efetivo e autônomo dos conselhos de decidir sobre políticas de saúde.

Para Goulart (2010), existe um distanciamento entre a atribuição de deliberação do conselho garantida pelas leis e o que é exercido no cotidiano dessas instâncias. Fatores como as práticas participativas reais no País, o desejo dos diversos atores envolvidos na formulação das ideias e das políticas, assim como a necessidade de homologação por parte do executivo, da maioria das ações definidas pelos conselhos são apontadas por Goulart (2010) como empecilhos para que a tomada de decisão desses aconteça de maneira autônoma e capaz de produzir transformações por si só (GOULART, 2010).

Para esse autor, criou-se uma situação na qual o poder de deliberar é facultado simultaneamente ao Conselho, às conferências de saúde, e ao executivo. O executivo é a instância que detém de fato e de direito o poder de deliberar, argumentando, nesse aspecto, que a insistência em reforçar as expressões deliberar e poder deliberativo tem acarretado ilusões aos membros dos conselhos de saúde que, na realidade, não podem tomar decisões de fato, uma vez que estas podem ou não serem cumpridas pelo executivo. Ademais, para Goulart (2010), o fato da condução do Conselho não ser mais realizada pelo gestor fez com

que esta instância se colocasse fora do Poder Executivo. Tal situação resulta em homologações como concessão e não como compromisso do gestor, em relação às deliberações tomadas pelos conselhos.

Segundo o autor, o verdadeiro papel dos conselhos deve ser o de organismos de formulação, apoio e sustentação estratégica de políticas de interesse coletivo, necessariamente vinculados ao Estado e não como um quarto poder, focado em fóruns ideológicos de debates.

Entretanto, no presente estudo, diverge-se da opinião anterior e compartilha-se da compreensão de que, em que pesem às dificuldades apontadas sobre a participação na saúde, essa tem buscado um conteúdo nitidamente democrático de organização do poder.

Segundo Pereira (2010), desde a década de 1970, os conselhos de saúde vêm contribuindo para a reconfiguração democrática do espaço público e da relação do Estado com a sociedade, numa compreensão de que os conselhos, ao invés de substituir ou de se configurarem como um quarto poder interagem com os poderes instituídos: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário.

Pereira (2005), ao analisar o processo de consulta ampliada para a escolha dos gerentes das unidades básicas de saúde de Goiânia, ocorrida em 2001, destacou uma experiência em que a democratização da gestão municipal da saúde passou pelo envolvimento dos trabalhadores e usuários desse setor. Nessa experiência, o executivo municipal procurou adotar uma estratégia visando fortalecer a cidadania consciente, crítica e participativa com a ampliação do diálogo com outros atores organizacionais, por meio do fortalecimento dos conselhos de saúde, explicitando a importância da atitude dos dirigentes políticos para o alargamento desses espaços de participação e para a conformação da gestão participativa.

Opina-se que, as competências entre os conselhos e os gestores são diversas e bem definidas, não ocorrendo, do ponto de vista formal, invasão entre elas, uma vez que, as atribuições dos conselhos são de formular e fiscalizar a condução das políticas de saúde e a dos gestores é de executar as ações definidas (ALVES, 2004).

Lima (2001) pontua alguns pressupostos que devem servir de base para que a população, por meio dos Conselhos de Saúde efetive e consolide sua atuação na definição de políticas de saúde, que atendam à sua real necessidade e possibilitem a ruptura com a cultura autoritária do Estado e com o monopólio dos profissionais.

Ainda segundo o autor, esses pressupostos compreendem a mobilização e a organização da sociedade civil, a representatividade dos usuários, o relacionamento e a articulação dos representantes com suas bases, a transparência de sua atuação, a permeabilidade e a comunicação com o conjunto da sociedade. Dessa forma, ampliam-se as

possibilidades de, por meio dos Conselhos de Saúde, serem estruturados espaços decisivos para o desenvolvimento de atitudes cívicas, comprometidas com os direitos de cidadania e com o interesse geral da população (LIMA, 2001).

Ademais, essas instâncias “podem constituir-se em instrumentos abertos ao debate público, às proposições de estratégias para efetivar direitos já conquistados ou a construir” (TEIXEIRA, 1997, p.193).

A padronização nas regras gerais dos conselhos de saúde, assim como sua composição, estrutura e competência foram estabelecidas por meio da Resolução 33/1992, que perdurou até 2003, com a aprovação de nova Resolução: a de nº 333/2003, que substituiu a anterior (ALVES, 2004).

Ressalte-se que a nova Resolução sobre o funcionamento dos conselhos de saúde foi resultante de inúmeras experiências de controle social, assim como da legitimação da atuação dos conselhos, por meio de leis que determinavam a prestação de contas por parte dos gestores para com essas instâncias. Durante os anos de 2000 e 2001, conselheiros de diversas esferas do governo debateram e deliberaram sobre a necessidade de reformulação e adequação da Resolução nº 33/1992, no sentido de consolidar, fortalecer e ampliar o controle social do SUS (ALVES, 2004).

Assim, a Resolução nº 333/2003, promoveu alterações importantes no funcionamento dos conselhos, notadamente em relação ao aumento das suas atribuições e na ampliação dos conselhos de saúde, motivada pelo crescente processo de descentralização. A partir dessa Resolução, os conselhos passaram a se estruturar em Conselhos Regionais, Conselhos Locais e Conselhos Distritais, entre esses os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, coordenados pelos conselhos de saúde da esfera a que pertencem. Entretanto, observa-se que o aumento das competências dos conselhos de saúde deu-se, principalmente, nas atribuições que tratam da ampliação dos espaços de discussão e de possibilidade de intervenção da sociedade nas ações e serviços públicos de saúde (quadro 3).

**Quadro 3:** Competências dos Conselhos de Saúde \*

<b>Resolução n° 33/1992</b>	<b>Resolução n° 333/2003</b>
Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;	Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidade; responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado nas suas respectivas instâncias;
Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;	Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;
Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.	Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde; propor sua convocação; estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde;
Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde.	Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, DF, e da União;
Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;	Apoia e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;
Propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;	Propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;
Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;	Estabelecer critérios e diretrizes operacionais relativas à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços conforme o princípio da equidade;
Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;	Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;	Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;



Outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica de Saúde e pela IX conferência Nacional de Saúde.	
	<p>Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde</p> <p>Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;</p> <p>Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores públicos e privados;</p> <p>Definir as diretrizes para a elaboração dos planos de saúde e, sobre eles, deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;</p> <p>Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho (...);</p> <p>Proceder à revisão periódica dos planos de saúde</p> <p>Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo; propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;</p> <p>Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS;</p> <p>Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do DF e Municipais;</p> <p>Aprovar a proposta orçamentária anual de saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO (art.195, §2º CF/88), observando o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes (art. 36, Lei nº8080/90);</p> <p>Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;</p> <p>Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde;</p> <p>Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.</p>

**Fonte:** Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003

\*Os textos em itálico na Resolução 333/2003, foram mantidos da Resolução 33/1992.

Esse novo cenário de atuação dos conselhos e a ampliação das suas responsabilidades, têm exigido dos conselheiros de saúde, maior preparo para as discussões e deliberações. Questões como legislação específica, organização, orçamento e financiamento do sistema, assim como dados epidemiológicos da região em que atuam e a compreensão sobre políticas públicas constituem-se em informações e conhecimentos cada vez mais complexos e essenciais, para o desempenho destes atores (ALVES, 2004).

Nesse aspecto, destaca-se que, paralelamente à ampliação das competências dos conselhos crescem iniciativas e ações referentes à capacitação dos conselheiros, no sentido de universalizar as informações necessárias às suas funções (ALVES, 2004). Por meio de iniciativas do Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, têm sido desencadeados processos de capacitação de forma descentralizada, contínua e permanente que objetivam reduzir a assimetria de informações entre os segmentos que compõem os conselhos de saúde, uma vez que o segmento dos usuários se mostrava mais despreparado para exercer as atividades de conselheiro (BRASIL, 2002).

Decorrente dessas ações de capacitação observa-se, portanto, que, de forma crescente, os usuários têm alcançado um lugar de igualdade em relação aos demais segmentos, o que têm incidido, sobremaneira, na atuação dos conselhos “evitando que estes órgãos servissem apenas como massas de manobra para a aprovação das ações dos gestores, ou para possibilitar o repasse de recursos financeiros” (ALVES, 2004, p. 101). Ressalte-se que, paralelamente à crescente participação popular, por meio do segmento dos usuários dos serviços públicos de saúde, ocorre uma assimetria na oferta de serviços para grupos específicos, evidenciando que uma maior ou menor garantia de assistência está, portanto, vinculada à pressão e à mobilização de setores específicos.

Sobre esse aspecto destacam grupos de portadores de (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) AIDS/SIDA e de renais crônicos, que conquistaram, de forma diferenciada, a formalização de ações específicas para as demandas sentidas por esses setores (BRASIL, 2000). Ademais, demonstra-se que a maior capacidade de vocalização e de organização dos grupos específicos resulta no atendimento das necessidades particulares e fortalece a ação do controle social (ALVES, 2004), na execução de políticas prioritárias.

Por outro lado, destaca-se que os processos de capacitação dos conselheiros, ao lado de investirem na ampliação da compreensão sobre a estrutura e funcionamento do SUS, assim como sobre a construção dos modelos assistenciais consoantes com seus princípios e diretrizes, têm dado ênfase na concepção ampliada de saúde e no seu componente de articulação intersetorial. Opina-se que esse conteúdo, presente na qualificação do SUS

concorre para que os conselheiros tornem-se mais bem habilitados, enquanto atores sociais, e mais capazes de formular e deliberar sobre políticas públicas de saúde, comprometidas com a mudança da qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

Entretanto, apesar dos avanços na atuação dos conselhos de saúde, assiste-se a existência de dificuldades e obstáculos para o exercício das atribuições destas instâncias. Em que pese os conselhos serem órgãos do Poder Executivo, questões relacionadas à estrutura destes como, a falta de ambientes próprios, com diversos locais para que o Conselho divida espaço com as secretarias de saúde; a inexistência de financiamento para a infraestrutura física administrativa e financeira e a ausência de regras que assegurem o livre exercício do mandato do Conselheiro tem refletido no grau de autonomia dos conselhos de saúde em relação aos gestores, principalmente no controle da utilização dos recursos públicos (BRASIL, 2000).

Ressalta-se que tais dificuldades têm integrado a agenda de debates e deliberações nos diversos espaços de discussão do controle social na saúde, como nas Conferências Nacionais. Nesse sentido, a 12ª Conferência Nacional de Saúde tratou de temas e propostas que conferissem uma maior autonomia dos conselhos e dos conselheiros e, dentre essas, se destacam: a garantia de infraestrutura para o funcionamento dos conselhos; a definição de critérios para a escolha dos conselheiros, vetando pessoas que possuem vínculo de parentesco com gestores, assim como representante de usuários com vínculo empregatício com a secretaria correspondente; definição de normas para a eleição do presidente e a adoção de medidas que assegurem o livre exercício do mandato do conselheiro, passando pela garantia de estabilidade no emprego durante a vigência do mandato e no período subsequente (BRASIL, 2003).

Dessa forma, observa-se que diversas questões envolvem a continuidade da luta por um melhor posicionamento dos conselhos de saúde, como exercício do controle social. Considera-se como desafios atuais, para tal, a coesão desses atores, o maior acesso às informações como subsídio à tomada de decisões, o desenvolvimento de mecanismos que auxiliem na identificação das reais necessidades de saúde da população e o aumento da capacidade de mobilização da sociedade e dos setores que representam.

Opina-se que, apesar da ampliação da conscientização dos conselheiros sobre o seu papel transformador na política de saúde brasileira, faz-se necessário a continuidade do desenvolvimento de ações que busquem beneficiar a sociedade de forma mais ampla, sobretudo, os grupos marginalizados, garantido a esses, os seus direitos fundamentais.

### **3 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Este estudo é orientado pelo referencial teórico metodológico da pesquisa qualitativa, que tem o propósito de aprofundar na compreensão particular dos fenômenos sociais em questão, enquanto apreensão da lógica interna de grupos e atores, tendo como universo, o “cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam” (MINAYO, 2007, p.24).

Além disso, as abordagens qualitativas possibilitam a incorporação dos significados e da intencionalidade numa relação intrínseca com os atos, relações e estruturas sociais, "sendo essas últimas, tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas" (MINAYO, 2007, p.23).

Nesse estudo, buscou-se analisar o processo participativo no controle social em saúde, numa região de aglomerado urbano, no caso o Distrito Federal, e suas Regiões Administrativas (RA) (Brasília e Cidades Satélites). A escolha do DF para o desenvolvimento da pesquisa se deu, considerando-se a sua particularidade, que se comporta como Estado e Município, na relação com as suas regiões administrativas em que, na área da saúde, organizam-se no Conselho de Saúde Distrital e nos conselhos regionais. Logo, a organização dos conselhos nessas regiões pode favorecer a contribuição com a gestão do sistema de saúde, visto que possuem maior vínculo com as populações que vivem nas regionais.

Ressalta-se que esse estudo faz parte do Projeto da FAP-DF, que tem como título “O controle em saúde no âmbito da atenção básica no Distrito Federal” cujo processo é o de n.º 193.000.343/2008.

Assim, buscou-se adquirir conhecimentos sobre o fenômeno estudado, a partir da exploração intensa e em profundidade do controle social em saúde no DF. Ademais, partiu-se do pressuposto que, debruçar-se sobre uma situação específica, favorece a descoberta do que nela há de mais essencial e de mais característico, proporcionando um avanço mais significativo dos conhecimentos pretendidos.

Como orientação metodológica para o estudo realizado, ancorou-se na teoria das representações sociais (RS) para permitir compreender em profundidade, um fenômeno atual e complexo: o controle social em saúde, que envolve uma relação multifacetada entre conselheiro – saúde – controle social, o que se faz necessário o desvelamento da subjetividade e da objetivação do universo de significados que esse grupo constrói na sua relação com o objeto.

Para alguns autores, a teoria das representações situa-se mais como um complexo paradigma do que, propriamente, como uma teoria (CAMARGO, 2005), encerrando características fundamentais para o campo científico: "capacidade integrativa, em nível conceitual e sua pertinência interdisciplinar, em nível fenomênico" (p.21).

Vale enfatizar que, apesar das representações sociais possuírem grande diversidade de conceitos e pressupostos específicos em cada área de estudo é consenso dentre as várias correntes teóricas das Ciências Sociais, que as representações sociais (enquanto senso comum, concepções, ideias, imagens, percepções e visões de mundo dos atores sociais) são indispensáveis para compreender a dinâmica das interações sociais, assim como, buscarem determinantes das práticas sociais (MINAYO, 2007). Logo, as representações sociais estão inseridas nas estruturas sociais e se manifestam em condutas e práticas, que podem ser institucionalizadas, portanto, devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais (MINAYO, 2007).

Moscovici (2003), o criador da Teoria das Representações Sociais, formulou que, para o enfrentamento das relações informais e cotidianas da vida humana, numa perspectiva coletiva ou social, é importante considerar tanto os comportamentos individuais quanto os fatos sociais, como por exemplo, as instituições e as práticas em sua concretude e singularidade históricas. O que se percebe é uma via de mão dupla, pois não importa apenas a influência unidirecional dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais, mas também a participação desses na construção das próprias realidades sociais (SÁ, 1993).

Moscovici e Jodelet (1985 *apud* SPINK, 1993) afirmam, ainda, que o campo de estudo das representações sociais constitui-se de dois eixos: no primeiro, as representações são formas de conhecimento prático, voltadas para o cotidiano e para a comunicação, e nos remete ao senso comum, que forma uma teia de significados capaz de criar a realidade social. Essa capacidade criativa confere às representações sociais a dupla face de estruturas estruturadas e estruturas estruturantes (1993). No segundo, as representações sociais são interpretações da realidade, portanto uma construção social, fruto da realidade intraindividual, na qual a relação com o real nunca é direta, é sempre mediada por categorias histórica e subjetivamente constituídas. Portanto, são elaborações de sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados (SPINK, 1993).

Para este estudo, adotou-se como referência, a formulação teórica das representações sociais proposta por W. Doise que é chamada de abordagem das tomadas de posição. Essa teoria é também conhecida como "abordagem dos princípios organizadores das tomadas de posição, ou abordagem multivariada das diferenças individuais, ou ainda, de modo mais

genérico, como psicologia societal” (DOISE, 2002). Essa abordagem consiste em integrar, em uma mesma análise, os modos de funcionamento da sociedade e dos indivíduos (2002), possibilitando articular estudo dos sistemas cognitivos no nível do indivíduo com o estudo dos sistemas relacionais e sociais (2002). Para essa formulação, Doise (2002) reporta-se a Moscovici (2003) que preconiza para o estudo das representações sociais a necessidade do estabelecimento de relação entre os sistemas cognitivos complexos do indivíduo com os metassistemas sociais de relações simbólicas.

Assim sendo, Doise (2002), na abordagem das “tomadas de decisões” para o estudo das representações mais amplas (sociais), propõe dois princípios a serem seguidos:

- 1 – Os estudos das Representações Sociais devem levar em conta as diferenças interindividuais.
- 2 – A organização do campo de uma representação não se reduz a um trabalho de categorização dos elementos, mas se funda também sobre o posicionamento dos sujeitos em face de uma ou mais dimensões sociais.

Ademais, ao definir representações sociais como princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos, Doise (2002) remete a três hipóteses:

Uma primeira hipótese é que os diferentes membros de uma população estudada partilham efetivamente certas crenças comuns concernentes a uma dada relação social. As representações sociais (RS) se constroem nas relações de comunicação que supõem referentes ou pontos de referência comuns aos indivíduos ou grupos implicados nessas trocas simbólicas.

Uma segunda hipótese refere-se à natureza das tomadas de posições individuais em relação a um campo de (RS). A teoria das representações sociais deve explicar como e por que os indivíduos diferenciam entre si nas relações que eles mantêm com essas representações. Isto implica que essas variações nas tomadas de posição individuais são organizadas de uma maneira sistemática.

Uma terceira hipótese considera a ancoragem das tomadas de posição em outras realidades simbólicas coletivas, como as hierarquias de valores, as percepções que os indivíduos constroem das relações entre grupos e categorias e as experiências sociais que eles partilham com o outro (DOISE, 2002, p. 30).

Assim, para este estudo, adotou-se como referência a terceira hipótese formulada por Doise (2002), que considera a ancoragem das tomadas de posição em outras realidades simbólicas coletivas.

Dessa forma entende-se que a compreensão das condutas institucionalizadas e práticas de controle social em saúde no DF, norteadas pelas representações e significados que os conselheiros de saúde e os gestores construíram socialmente na sua relação dialética com a realidade objetiva estão ancoradas nas hierarquias dos valores, nas percepções em relação a

outros grupos e categorias e em experiências sociais anteriormente partilhadas (DOISE, 2002).

Nessa perspectiva, buscamos apoio, também, no método proposto por Guilhaon de Albuquerque (1986) que viabiliza a análise das instituições como práticas sociais, na qual ressalta que é importante se estabelecer alguns planos ou níveis de análise como apropriação do real, feita de um ângulo específico, uma vez que é impossível tomar a totalidade. Dessa feita, a análise assume, invariavelmente, o caráter de recorte. Logo, será sempre uma prática teórica que (re) conhece partes do geral na mesma forma como são produzidas.

Cabe ressaltar que esse mesmo autor entende que a instituição é um conjunto de práticas sociais que se reproduzem e se legitimam num exercício constante de poder entre os atores participantes, um poder na apropriação da relação tomada como própria, específica de uma instituição (ALBUQUERQUE, 1986). Tal prática, sempre se articula às representações, que são efeitos de reconhecimento e desconhecimento das relações concretas.

Assim, para captar as representações sociais dos sujeitos que compõem o controle social em saúde no DF, nos diferentes âmbitos, escolheu-se a técnica de entrevista semiestruturada, entendendo tratar-se de uma técnica privilegiada na construção do conhecimento, uma vez que proporciona subsídios significativos, se levada em conta, isoladamente, revelando a qualidade do sujeito entrevistado, os dados específicos que produz, assim como se considerada a totalidade das entrevistas, o seu conjunto, criando um verdadeiro caleidoscópio, favorecendo a composição do quadro pelo pesquisador (CICOUREL *apud* MINAYO, 2007).

A entrevista semiestruturada, com questões abertas possibilita aos sujeitos, a liberdade de abordar o assunto sob o seu ponto de vista, favorecendo a obtenção de respostas com aspectos tanto objetivos, quanto subjetivos que se referem às atitudes opiniões e valores dos sujeitos entrevistados. Para Bourdieu (2001), em relação às práticas sociais, os membros de um mesmo grupo ou de uma mesma classe são produtos de condições objetivas iguais. Essa qualidade, na análise das práticas sociais, possibilita exercer o efeito de universalização e particularização, na medida em que ocorre a homogeneização no processo de distinção entre os sujeitos.

Esclarece-se que grande parte das entrevistas com os conselheiros regionais foram realizadas em períodos que antecederam a sétima conferência, com a finalidade de considerar o momento em que estavam sendo discutidos os problemas de saúde locais nas plenárias regionais, denominados de atividades de pré-conferência.

Outra técnica eleita para melhor compreender as práticas dos atores envolvidos no processo de formulação das políticas públicas consiste da análise documental do Relatório da VII Conferência de Saúde do DF. Para tanto, considerou-se que tal documento expressa, concretamente, as estratégias e as ações que foram consensuadas pelos delegados conselheiros (distritais e regionais) e por consequência demonstra a intencionalidade para a elaboração das políticas públicas a serem implementadas no DF.

### 3.1 Cenário da Pesquisa

O Distrito Federal é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Nele, está localizada a capital federal, Brasília, fundada em 21 de abril de 1960 a partir de um projeto idealizado por Juscelino Kubitschek, então presidente do Brasil, que planejou a mudança da capital federal do Município do Rio de Janeiro para o centro do País.

Em 1960, o censo populacional apontava que o então novo Distrito Federal possuía uma população de 140.000 hab. Em 1970 este número era de 537.000 hab, em 2000 a população do Distrito Federal superou a marca de dois milhões de pessoas. Na última contagem realizada pelo IBGE, em 2009, sua população foi estimada em 2.606.885 de habitantes (IBGE, 2009). O DF tem *status* diferente dos municípios e dos estados, possuindo características legais e estruturais híbridas, além de ser custeado, em parte, pelo Governo Federal.

O conceito de cidade no Brasil é comumente empregado para designar a sede de um município. O Decreto-Lei nº 311, de 2 de março de 1938, que dispõe sobre a divisão territorial do País determinou que todas as sedes dos municípios passaram a ser cidades, sendo que, até então, as menores sedes de municípios eram denominadas "vilas" (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o Distrito Federal é considerado exceção, uma vez que é formado por diversos núcleos urbanos, denominados Regiões Administrativas (RA). A principal Região Administrativa do DF é Brasília, que também é denominada de Plano Piloto.

É importante ressaltar que existem controvérsias sobre a identidade dos núcleos urbanos do DF, onde se discute se estes seriam cidades distintas, ou bairros distantes da capital. O geógrafo Aldo Paviani (1996) formula que Brasília é polinucleada, sendo constituída por toda a área urbana do Distrito Federal, incluindo as RA e não apenas a região administrativa central, tombada pela UNESCO.



Para o autor, as regiões periféricas estão articuladas às regiões centrais, especialmente na questão do emprego, não podendo ser consideradas como cidades autônomas. "Brasília deveria ser conceituada como o Distrito Federal DF urbano, ou seja, o conjunto que se formou com o Plano Piloto de Brasília e a constelação das, administrativamente, denominadas "cidades-satélites" (PAVIANI, 1996, p.17).

Para outros autores, Brasília seria apenas a região administrativa formada pelo Plano Piloto e pelo Parque Nacional de Brasília e não por todo o DF. Argumentam que os núcleos urbanos do DF, exceto Brasília, designados de regiões administrativas se constituem cidades satélites, e que, em outras regiões metropolitanas do Brasil, as cidades periféricas mesmo que articuladas às cidades principais permanecem com o *status* de cidades autônomas (SILVA, 1997).

No entanto, a Constituição do Brasil em seu artigo 32 veda a divisão do DF em municípios, sendo que a lei de organização do Distrito Federal é uma Lei Orgânica, mais apropriada para municípios e não para estados da federação, que são organizados pela Carta Magna Brasileira (BRASIL, 1988). Nesse sentido, Brasília não possui prefeito, nem vereadores e o DF acumula as competências legislativas dos estados e municípios. O Poder Legislativo é exercido pela Câmara Legislativa, (considerada como uma junção da Câmara de Vereadores e Assembleia Legislativa) ao passo que o Poder Executivo é exercido por um governador e não por um prefeito (GDF a, 2010). Portanto não existe o exercício de Poder Legislativo nas Regiões Administrativas.

Assim sendo, as RA não possuem autonomia administrativa. Seus administradores são indicados pelo governador do DF. Ademais o DF é considerado como um único ente, em que, para fins de contagens e estatísticas dos órgãos oficiais de pesquisa, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos, Dieese, considera-se o município de Brasília.

O IBGE (BRASIL, 2003) aponta que mais da metade da população de Brasília não é originária da cidade. Com isso, Brasília é formada por 1 milhão de brasilienses e 1,2 milhão de migrantes das diversas regiões brasileiras; detém uma das mais elevadas taxas de crescimento demográfico do Brasil e sua população aumenta 2,82% ao ano.

A essa realidade, soma-se o entorno do DF, formado por municípios de Goiás e de Minas Gerais. Em consequência do ordenamento territorial dessa região, aconteceu uma intensa urbanização na periferia limítrofe ao DF, formada por 19 municípios do Estado de Goiás e três de Minas Gerais. Essa região, que configura a região metropolitana de Brasília foi

institucionalizada em 1998, como Região Integrada ao Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, RIDE-DF e possui uma população de 3.393.000 milhões (IBGE, 2007).

Destaca-se que, apesar de estarem inseridos em um projeto de desenvolvimento regional, os municípios que compõem a RIDE-DF apresentam profundas desigualdades socioeconômicas, demográficas e também de saúde e, assim como as RA, carecem da presença maior do Poder Público.

Portanto, a urbanização, no contexto estudado, tem sido afetada pela presença de um forte componente que é o elevado crescimento físico e populacional no Distrito Federal e do seu entorno. Enfatiza-se que a construção de Brasília desvirtuou-se do projeto inicial de crescimento planejado, motivada pela imposição da realidade econômica e social do País, principalmente no contexto de sua construção em que os trabalhadores responsáveis pela sua edificação não retornaram ao seu local de origem, principalmente aos estados do nordeste (SOUZA *et al.*, *apud* PAVIANI, 1996).

Diferentemente das demais grandes cidades e metrópole nacionais, o que se destacava em Brasília eram as possibilidades de gestão urbana, ocasionadas pela natureza pública da ocupação territorial e do solo urbano, quando da sua criação (CAIADO, 2005).

No entanto, o processo socializante pensado para a distribuição dos bens e serviços, deu lugar a um desenvolvimento e urbanização, marcados pela segregação socioespacial da população, orientado, dessa forma pelas contradições da organização social brasileira. Assim, Brasília tornou-se a capital da segregação social planejada, uma vez que as terras públicas tornaram-se ferramentas de ocupação seletiva, ao contrário de instrumento distributivo (PAVIANI, 1991).

Igualmente, a presença dos excluídos do projeto inicial de Brasília foi reconhecida como uma distorção do plano urbanístico da cidade, com a improvisação do que era para ser planejado: a construção das cidades satélites. Lúcio Costa (1994), como representante oficial do governo, na época da construção de Brasília apresenta a seguinte reflexão:

O crescimento da cidade é que se deu de forma anômala. Houve a inversão que todos conhecem, porque o plano estabelecido era para que Brasília se mantivesse dentro dos limites para os quais foi planejada, de 500 a 700 mil habitantes. Ao aproximar-se desses limites, então é que seriam planejadas as cidade satélites, para que essas se expandissem ordenadamente, racionalmente projetadas, arquitetonicamente definidas. [...] Mas ocorreu a inversão, porque a população a que nos referimos (os candangos) aqui ficou, e surgiu o problema de onde localizá-la [...]. Daí a criação dos núcleos periféricos, para transferir as populações, dando terreno para que se instalassem de uma forma ou de outra. Como consequência, os núcleos transformaram-se em verdadeiras cidades, as chamadas cidades satélites, que tomaram os lugares das cidades satélites que deveriam ocorrer. Assim, as

idades satélites anteciparam-se à cidade inconclusa, cidade ainda arquipélago, como estava, agora já mais adensada mas ainda não concluída. A cidade ainda está oca. Entretanto, dois terços da população de Brasília mora nessa periferia, o que foi naturalmente, desvirtuamento (COSTA, 1994, p. 26).

Assim, observa-se pelo exposto, que o projeto arquitetônico de Brasília não previa espaço no centro urbano da cidade para a massa de trabalhadores que a construiu, uma vez que, para esses, desde o início foram pensadas as cidades-satélites.

Dessa forma, essa região cresce com grandes contradições. A alta taxa de crescimento demográfico no DF é acompanhada pelo elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na cidade que é de 0,874, pela taxa de analfabetismo em cerca de 4,35% (IBGE, 2008) e pela maior renda *per capita* do País, o que demonstra um desenvolvimento social considerável.

No entanto, a cidade apresenta evidências de graves problemas sociais. Ao lado do grande desenvolvimento da região, assiste-se a uma enorme disparidade socioeconômica, principalmente na relação Plano Piloto-Cidades Satélites. Destaca-se a diferença da média salarial entre as regiões; nos bairros nobres (como no Lago Sul) era de 43,4 salários mínimos, ao lado de 1,6 em Itapoã e 2,8 no Varjão (áreas da periferia, com ocupação irregular), em 2004 (IBGE, 2006).

Outro indicador dessa grande desigualdade no DF é o elevado índice de Gini (Desigualdade na Distribuição de Renda), em que, no ano de 2008, foi o maior do Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-2009).

Essa situação é acompanhada pela má distribuição dos serviços públicos, onde 70% dos serviços e dos empregos são concentrados no Plano Piloto, quando 80% da população vive fora dele. Essa realidade faz com que problemas como a droga-adição e a criminalidade aumentem assustadoramente, fazendo da capital federal uma das mais violentas do Brasil, com a média de até dois assassinatos por dia (IBGE, 2009).

A carência de políticas públicas nessa região é ilustrada pela situação da saúde no DF, que vem dando mostras de sérias insuficiências. De janeiro a agosto de 2008, o Distrito Federal apresentou um total de 3.147 ocorrências de dengue, o que significa quase duas vezes mais do que o registrado no mesmo período de 2007 (TRIBUNA DO BRASIL, 2008). Brasília tem uma das maiores taxas de ocorrência de câncer do Brasil. Em 2005, o Distrito Federal foi o recordista nacional de mortes de mulheres vítimas de câncer de mama, e os novos casos não diminuíram no ano seguinte (BRASIL, 2007). Também são numerosos os casos de câncer de pulmão, devido aos altos índices de tabagismo (BRASIL, 2007).

Assim, a particularidade político-territorial do DF e a polaridade exercida por esta unidade da federação suscitou o interesse por um estudo mais aprofundado sobre o controle social em saúde nessa região.

### 3.1.1 As RA e os Conselhos Regionais de Saúde

O Distrito Federal é constituído, atualmente, por trinta Regiões Administrativas (ANEXO IV) sendo que os dados populacionais disponíveis e consolidados referem-se somente a 20 RA, conforme o censo de 2000 (BRASIL, IBGE, 2003).

Observa-se que, pela contagem populacional do IBGE realizada entre os anos 1996 e 2000, algumas RA tiveram crescimento negativo, como é o caso de Brasília, com crescimento, nesse período de - 0,3 % e o Lago Sul, com - 0,1%. A cidade de Ceilândia teve, também, um baixo crescimento, com 0,4% entre os anos de 1996 e 2000.

Por outro lado, assistiu-se nesse mesmo período, a uma explosão de crescimento em outras RA como em Riacho Fundo, com 93,7% de crescimento; Recanto das Emas, com 79,4% e São Sebastião, com 45,6% de crescimento populacional (anexo II).

Dessa forma, verifica-se que o crescimento populacional entre os anos de 1996 e 2000, na maioria das outras RA foi de 10% a 27%, registrando-se, nesse período, a média de 12,9% de crescimento populacional das RA do DF. Esses dados revelam, portanto, o elevado e rápido crescimento nessa região, destacando-se que no Brasil, no ano 2000, a taxa de crescimento foi de 1,64% (BRASIL, IBGE, 2003).

Ressalte-se que as 10 RA onde estão situados os Conselhos estudados, somavam no ano 2000, cerca de 1 milhão e 200 mil pessoas (BRASIL, IBGE, 2003), sendo que as mais populosas são, pela ordem: Ceilândia, Brasília, Planaltina e Guará, que possuíam em 2000, mais de 100 mil habitantes cada, sendo que Ceilândia contava, na época, com 344.039, seguida de Brasília, com 198.422 habitantes, conforme dados da contagem populacional do IBGE (BRASIL, 2003).

## 3.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, é importante destacar que para conhecer mais amplamente as representações do controle social em saúde, buscou-se utilizar a triangulação de métodos e técnicas, que visa possibilitar a captação multidimensional de um fenômeno.

Para Minayo (2005) a triangulação é “uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares” (MINAYO, 2005, p. 71).

Ademais, essa estratégia favorece a uma compreensão mais abrangente dos significados construídos, socialmente, pela relação dos sujeitos com o meio, uma vez que possibilita a inter-relação entre os fatos, as falas e as ações dos indivíduos (SOUZA; ZIONI, 2003).

**A primeira etapa da pesquisa** consistiu na realização de entrevistas com os membros da **equipe da gestão** da SES-DF, os mais diretamente envolvidos nas principais políticas da SES e em particular, a Atenção Básica, considerada estratégica para a reorganização do sistema de saúde. Participaram três sujeitos, denominados de G1, G2 e G3. Ressalte-se que, dos gestores entrevistados, dois são também conselheiros do Conselho Distrital do DF. A escolha dos sujeitos gestores teve como critério, a natureza das funções desempenhadas por esses sujeitos, como funções estratégicas para a definição e operacionalização das principais políticas de saúde no Distrito Federal, considerando o objeto da pesquisa, o controle social nas definições das políticas de saúde no DF.

**A segunda etapa do estudo** consistiu na realização de entrevistas com os membros do **Conselho de Saúde do Distrito Federal** que, pela sua posição hierárquica no organograma da SES-DF, coordenam os conselhos Regionais de Saúde. Participaram dois conselheiros do Conselho Distrital de Saúde, denominados de CDF1 e CDF2. O critério adotado para escolha dos conselheiros distritais se deu por acessibilidade e interesse de participação na pesquisa. Faz-se necessário mencionar que foram convidados a fazer parte da pesquisa, representantes do segmento dos trabalhadores, assim como do segmento dos usuários, do Conselho Distrital do DF. No entanto, esses representantes demonstraram resistência e desinteresse na participação, sendo que alguns chegaram a agendar a entrevista por diversas vezes e por diversas vezes a desmarcaram.

Para as entrevistas semiestruturadas dessas duas etapas, foi utilizado o roteiro constante no (ANEXO II).

**A terceira etapa do estudo** consistiu na realização de entrevistas com **conselheiros dos Conselhos Regionais de Saúde**, tendo como propósito, o conhecimento das suas capacidades em vocalizar as necessidades de saúde da população que vive nas comunidades das Regionais, especialmente no que tange à Atenção Básica, com vistas à integralidade da atenção. Participaram do estudo, conselheiros de 10 RA do Distrito Federal, a saber: RA I – Brasília, a RA II – Gama, a RA VI – Planaltina, a RA VI – Paranoá, a RA IX – Ceilândia, a

RA X – Guará, a RA XI – Cruzeiro, a RA XIV – São Sebastião, a RA XV – Recanto das Emas e a RA XVII- Riacho Fundo.

Os conselheiros foram codificados como CR1, CR2, CR3, CR4, CR5, CR6, CR7, CR8, CR9 e CR10. Os sujeitos da pesquisa foram definidos de forma intencional. A escolha dos conselheiros regionais se deu por meio de uma amostragem por acessibilidade, em que a pesquisadora considerou como elemento principal para a definio da amostra o interesse de participao na pesquisa e o fato de pertecerem a conselhos regionais que atendessem aos seguintes critérios de inclusão/exclusão: a) Conselho Regional de Saúde (CRS), estar em funcionamento regular, com no mínimo uma reunião mensal; b) CRS ter a composio prevista na Resoluo n 333, do Conselho Nacional de Saúde, de 2003, 25% de gestores e prestadores, 25% de profissionais e 25% de usuários e c) CRS com composio completa há mais de 6 meses. Para as entrevistas com os conselheiros regionais, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado B (ANEXO III).

Julga-se necessário esclarecer que a escolha dos sujeitos participantes da pesquisa ocorreu com o intuito de conhecer as representaes acerca do controle social em saúde, dos diferentes atores: conselheiros distritais, conselheiros regionais e gestores, considerando que as diferenças entre os grupos podem contribuir para a construo de representaes sociais diversas. Reafirma-se que todos os participantes dispunham de livre escolha para participar ou não da presente pesquisa.

A **quarta etapa da pesquisa** constitui da análise documental, realizada com o objetivo de se obter informaes que revelassem a intencionalidade dos conselheiros, sobre as políticas de Saúde no DF.

A **quinta etapa da pesquisa** consistiu da aplicao de um questionário a um funcionário do CSDF, com o objetivo de conhecer a estrutura garantida por esse conselho distrital para o funcionamento dos CRSDF (ANEXO I).

### **3.3 Procedimentos para análise dos dados**

#### **3.3.1 A análise de conteúdo das entrevistas**

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas como unidades de texto e submetidas  análise no *software* ALCESTE (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto

de Segmentos de Texto). Este *software*, ao realizar a análise lexical da palavra, como unidade, também a contextualiza no *corpus* ou texto (CAMARGO, 2005), colocando em evidência mundos lexicais de palavras plenas, cuja referência constitui-se de um mesmo núcleo de sentido (GUIMARÃES; CAMPOS, 2007). O ALCESTE, portanto, é uma técnica que possibilita a exploração da estrutura e organização do discurso dos atores sociais, bem como permite o acesso às relações entre os universos lexicais que, possivelmente, seriam difíceis de identificar com o uso apenas da análise de conteúdo tradicional (ALBA, 2004).

Desse modo, a estrutura do texto constituído pelas palavras plenas e mundos lexicais, produzidas por um determinado grupo social, refletem a estrutura da representação social do objeto social em questão, no caso, o conjunto das entrevistas.

Portanto, é produzida uma *semântica de referência* ou *semântica grupal* (uma mesma representação do objeto) para os diversos relatos e sentidos atribuídos ao objeto, pelos sujeitos, podendo haver posições variadas desses indivíduos. Ademais, o ALCESTE permite uma compreensão qualitativa do significado das classes e dos discursos, uma vez que admite identificar contextos típicos nos quais as palavras aparecem agrupadas, podendo, dessa forma, conhecer frases típicas e sujeitos típicos (GUIMARÃES; CAMPOS, 2007).

Neste estudo, inicialmente, foi formatado o banco de dados das entrevistas separadas em três *corpora*: gestores-conselheiros distritais e conselheiros regionais.

Esses *corpora* foram subdivididos em unidades de contexto elementar, u.c.e, os quais representam ideias com forte coerência entre si. Em seguida, essas u.c.e foram agrupadas em classes, definidas por um processo de diferenciação semântica, em cada um dos três *corpora* analisados. O objetivo desse processo “é investigar semelhanças e dessemelhanças estatísticas das palavras, a fim de identificar padrões repetitivos de linguagem” (MOURÃO, 2005, p.53).

Assim, as u.c.e de cada classe apresentam sentidos comuns, sendo que, por outro lado, as classes se diferenciam estabelecendo relações entre si de maior ou menor proximidade.

O sentido observado nas classes, por meio das u.c.e, permite a apreensão dos significados e dos conteúdos importantes do texto, possibilitando ao pesquisador dar um sentido ao discurso encontrado, confrontando-o com o aporte teórico utilizado, assim como com o conhecimento do pesquisador sobre o campo da pesquisa (AMARAL; SIQUEIRA, 2006).

Por conseguinte, a resultante dessa análise, por meio do ALCESTE e dos procedimentos requeridos, foi a elaboração de um discurso representacional, resultado desse processo criativo e interativo de construção.

Para operacionalizar os procedimentos da análise das entrevistas com o programa ALCESTE, foi utilizado o modelo proposto por Camargo (2005), que contempla as seguintes etapas:

- As entrevistas realizadas com os conselheiros e gestores foram gravadas mediante a permissão dos mesmos e posteriormente transcritas;
- Cada entrevista é composta por conteúdos semânticos, de acordo com o banco de dados ou *corpus* a ser analisado pelo ALCESTE. Para formatação do *corpus*, foram realizados três arquivos digitados no *Word for Windows 2007*, salvo no tipo texto-txt.
- As linhas de comando são digitadas sempre antes de cada conteúdo semântico da entrevista e tem como objetivo de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI) que diz respeito às respostas que os atores sociais mencionaram frente às perguntas norteadoras.
- Nas linhas de asteriscos ou de comando são digitadas as variáveis descritivas que, no caso deste estudo, consistiram idade, tempo de exercício no Conselho, escolaridade e segmento.
- Após a formatação do *corpus*, segue a análise no *software* ALCESTE, que envolve quatro etapas operacionais:
  - Etapa A: Leitura do Texto e Cálculo dos Dicionários;
  - Etapa B: Cálculo das Matrizes de Dados e Classificação das UCE's;
  - Etapa C: Descrição das Classes de UCE's;
  - Etapa D: Cálculos Complementares (CAMARGO *et al.*, 2005).

Ao utilizar o *software* ALCESTE foi possível chegar-se à parte consensual da representação dos conselheiros e gestores, acerca do controle social em saúde no DF, uma vez que essa ferramenta promove a aglutinação de trechos do discurso, ou frases, com enunciados, aparentemente diferentes, mas próximas em relação a um significado.

### **3.4 Análise temática da VII Conferência de Saúde do Distrito Federal**

A análise do Relatório da VII Conferência de Saúde do DF (R7ª CSDF) foi realizada por meio da análise temática, como uma modalidade da análise de conteúdo e teve como objetivo, complementar evidenciar fatos novos do contexto pesquisado; possibilitou



representar o conteúdo do documento de forma diferenciada em relação ao seu conteúdo original, favorecendo a consulta e o manuseio das informações nele contidas.

Bardin (2002) aponta alguns pilares ou fases para a realização da análise de conteúdo: a fase da descrição ou preparação do material, na qual é realizada a leitura flutuante, exaustiva e repetitiva dos textos, que de acordo com Minayo (2002) permite estabelecer categorias empíricas confrontando-as com as categorias analíticas, constituição de um “*corpus*” ou vários “*corpus*” de comunicações (leitura transversal: unidades de registro, tópicos ou temas), finalizando com a classificação por temas.

De acordo com Bardin (2002), nessa fase de exploração do material, são realizadas algumas etapas como: a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em *unidades de contexto* e de *registro*, e a etapa da categorização, na qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e fidelidade, bem como a produtividade.

A fase final envolve a inferência ou dedução e a interpretação e permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados quantitativos e/ou qualitativos e análises reflexivas, em observações individuais e gerais do texto.

### **3.5 Aspectos éticos**

Atendendo aos princípios éticos da pesquisa, todas as informações coletadas foram utilizadas apenas para objetivos acadêmicos, ficando resguardada a privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como a confidencialidade dos dados obtidos. Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a utilização dos dados por eles relatados. Formalizaram suas participações por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO IV).

Esta pesquisa foi protocolada com o número 158/07 no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e aprovada por meio do parecer de nº. 127/2007 como parte do Projeto da FAP-DF intitulado: “O controle social em saúde no âmbito da atenção básica no Distrito Federal”.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados das Representações Sociais

Para a apresentação dos resultados, faz-se necessário recuperar os objetivos da pesquisa, bem como as perguntas norteadoras para cada um dos grupos de sujeitos investigados.

O objetivo geral consiste em analisar o controle social em saúde no DF, especialmente o processo de participativo do conselho de saúde das RA do DF, a fim de verificar as suas potencialidades e fragilidades para contribuir com a gestão das políticas públicas locais de saúde do SUS.

Para tanto, buscou-se com o grupo de Gestores, investigar a intencionalidade e as propostas que configuram o modelo de gestão para a saúde no DF, as políticas para a atenção básica e o papel do controle social na condução dessas políticas.

No que tange aos Conselheiros Distritais, procurou-se conhecer a natureza da relação entre o conselho distrital e os conselhos regionais na condução da formulação das políticas de saúde, assim como o *status* atribuído aos conselhos como condutores do controle social em saúde.

Em relação aos conselheiros regionais, ensejou-se verificar a capacidade de participação nos CRS, especialmente no que tange a vocalização das necessidades de saúde das comunidades, sobretudo da Atenção Básica, no processo de formulação das políticas de saúde.

#### 4.1.1 Representações Sociais dos Gestores acerca do Controle Social em Saúde no DF – Análise do Dendograma das classes estáveis do Grupo de Gestores

A análise dos resultados, constituída pelo *corpus* de 3 unidades de contexto inicial (u.c.i.), ou entrevistas, e processados pelo *software* ALCESTE apresentou uma divisão do *corpus* em 214 unidades de contexto elementar (u.c.e.), contendo 529 palavras, formas ou vocábulos distintos. Vale salientar que, seguindo critério estabelecido pelo ALCESTE, foram desconsiderados do *corpus* de análise os vocábulos que possuíssem uma frequência inferior a 3, posto que concerne ao critério estabelecido no cálculo do  $X^2$  (palavras com frequência maior que 3, conseqüentemente, com  $X^2$  a partir de 3, 84 é significativo com 1 grau de

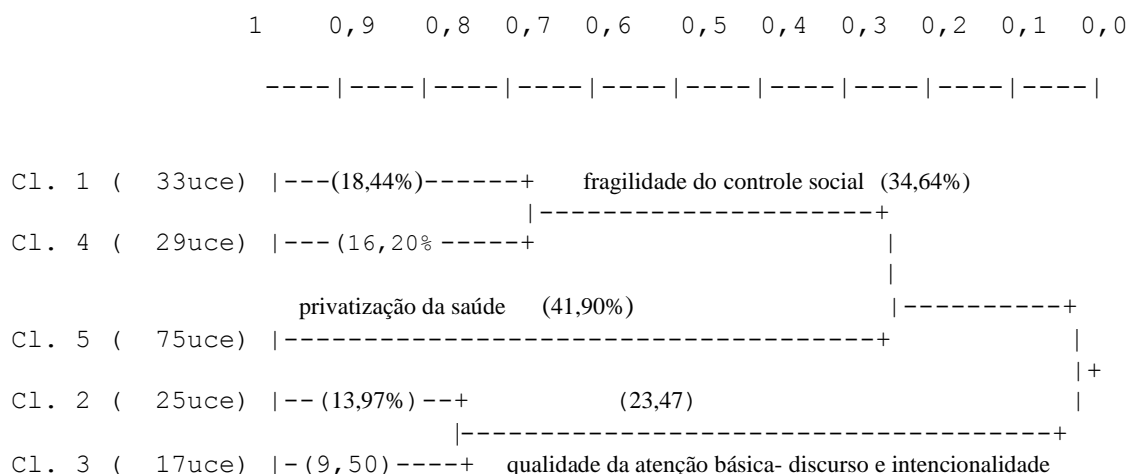
liberdade). Assim, do *corpus* analisado, se obteve 179 u.c.e., correspondendo a 54,7 % do total.

Ao diferenciar e separar as u.c.e, o *corpus* foi organizado agrupando as u.c.e, em 4 classes distintas. O Dendrograma do Grupo dos Gestores (Figura 1) da classificação hierárquica descendente diz respeito à distribuição das quatro classes das Representações Sociais dos Gestores apreendidas nesse grupo. Nesse Dendrograma, observam-se cada uma das classes, seguida pelo número de u.c.e. que as compõem e da relação de proximidade entre elas. Nota-se, ainda, neste Dendrograma, que a estrutura do *corpus* da representação dos Gestores pode ser compreendida a partir de três campos representacionais (aqui também chamado de eixos): o primeiro foi construído pelas classes 1 e 4 e corresponde à **Fragilidade do Controle Social em Saúde no DF**. Observa-se que essas classes apresentam uma relação bastante alta entre elas ( $R= 0,68$ )

O segundo corresponde à **defesa da privatização da saúde, desqualificação política do conselho e apresentação da ouvidoria como alternativa de participação**. Esse eixo tem como única representante, a classe 5, que se encontra bastante distanciada das demais.

O terceiro campo foi estruturado pelas classes 2 e 3 que abordam a **Defesa da Organização Social como Modelo de Gestão no DF e Qualidade da Atenção Básica no DF: intenção, discurso e prática**. Essas classes são as que guardam maior relação entre si, com  $R= 0,78$

Assim, serão discutidas as classes que estruturam o Dendrograma do *corpus* dos Gestores, tendo em vista as u.c.e., encontradas em cada classe. A representação dessas classes será feita por meio de tabelas que contém: a descrição do sentido da classe, a relação das principais palavras que a compõe, a frequência e o  $X^2$  de cada palavra.



**Figura 2:** Classificação Hierárquica Descendente – Dendrograma das classes estáveis do *corpus* Gestores

## EIXO 1 – A Fragilidade do Controle Social como Poder

Esse eixo representa 34,64 % do total do *corpus* e é constituído por duas classes: a classe 1 e a classe 4.

Classe 1 (tabela 1) contém 18,44% das palavras analisadas e trata da **frágil relação entre a gestão, o conselho distrital e os conselhos regionais de saúde**, destacando a natureza dessa relação, pautada pela burocratização e visão autoritária.

Essa classe é conduzida pelo indivíduo 1, que tem idade entre 40 a 55 anos, com nível de escolaridade superior, é do segmento dos gestores e é conselheiro há menos de 2 anos.

As palavras que tiveram maior associação com essa classe foram: conselheiro, administração, gestor, conselhos, percebe, confessa, saúde, funcionamento, estrutura, região, secretaria, reunião, demanda, presidência, ver, poder, ser, levar, melhoria. A presença forte das palavras “gestor”, “administração”, “secretaria”, “presidência”, “poder”, está relacionada aos aspectos autoritário e burocratizado dessa relação, uma vez que estas palavras deixam claro por quem o poder deve ser exercido. Já as palavras: “conselheiro”, “conselho”, “demanda”, “ver”, “levar”, “melhoria”, relacionam-se à frágil relação entre a gestão e os conselhos, uma vez que estes são entendidos como instâncias que se limitam a “levar” “demandas” por “melhorias”, tanto dos “conselhos”, como das unidades.

**Tabela 1:** Frágil relação entre o conselho distrital e os conselhos regionais de saúde. Relação pautada pela burocratização e pelo autoritarismo

<b>Classe 1</b>		
<b>Frágil relação entre o CD e os CRS</b>		
<b>Palavras</b>	<b>F</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Conselheiros	24	41,86
Administrativo	5	22,76
Gestores	4	18,10
Conselhos	5	17,39
Percebe	3	13,50
Confesso	3	13,50
Saúde	20	13,32
Funcionamento	4	12,96
Estrutura	7	11,69
Região	4	9,60
Secretaria	11	9,60
Reunião	5	8,68
Demanda	5	8,68
Presidente	3	8,71
Ver	4	7,26
Poder	6	7,16
Sei	5	5,69
Levar	3	5,91
Melhoria	4	5,55
18,44 de variância explicada pela classe		

Assim, demonstra-se nessa classe, a forma de organização dos Conselhos no DF, à qual, pelo discurso presente, a gestão e o conselho distrital deveriam trabalhar de forma articulada com os conselhos regionais de saúde. Entretanto, revela-se, na prática, que em muitas RAS, esses conselhos não estão funcionando ou funcionando de forma precária. Além disso, explicita-se a concepção burocratizada de funcionamento dos conselhos, quando se enfatiza as práticas cotidianas “internas” de funcionamento. Essa classe demonstra, ainda, o desconhecimento que se tem da composição do Conselho, ou seja, dos representantes dos diferentes segmentos sociais:

*Eu entendo que tenha conselhos por unidade administrativa e hoje temos 27 regiões administrativas e é fácil ver depois com a nossa secretaria executiva quantos conselhos funcionam. A informação precisa se tem alguma regional que ainda não estruturou o seu conselho regional de saúde (G2).*

*Não temos conseguido assegurar estrutura para o funcionamento do Conselho como tantos desejassem, mas eu vou mostrar para vocês a maneira como nós trabalhamos, a própria secretaria de saúde (G1).*

*[...] O Conselho se reúne uma vez ao mês, aqui nessa sala de reuniões; e temos uma secretária específica que faz a execução, vamos dizer, das demandas e mantém a memória ativa das reuniões (G2).*

*E suponho que elas têm de ser ouvidas, analisadas e apreciadas pelo Conselho de Saúde. Mas, são detalhes de funcionamento que eu queria que depois vocês pudessem pegar com a [...] (G1)*

*Então, eu acho que quando vocês conversarem com algumas das conselheiras, e a [...] que está hoje na Secretaria Executiva, vocês vão ter o detalhe mais preciso dessa parte de funcionamento interno (G1).*

*Entre as entidades e instituições que participam do Conselho do Distrito Federal, eu sei que tem o sindicato dos odontólogos que representa parte dos trabalhadores, tem uma representante da igreja católica, da caritas, eu acho (G1).*

Além disso, argumenta-se sobre a necessidade da presidência do Conselho Distrital ser ocupada pelo gestor, uma vez que aumenta a possibilidade de se realizar a gestão do sistema de saúde sem dificuldades.

*Mas, na medida em que esse Conselho tem a presidência do gestor, é preciso que haja sinergia, não haja confronto não porque senão nós ficaremos permanentemente em impasse e os procedimentos que são necessários para melhorar a qualidade de atendimento de saúde acabam sendo dificultados (G1).*

No cotidiano, a relação entre a gestão e os conselhos tem se mostrado conflituosa, visto que entendem que esses conselhos tendem a interferir nas decisões do processo da gestão. Essa postura do Conselho é percebida como fator que costuma “engessar” as tomadas de decisões da gestão e manifestam que esta deveria ter autonomia plena, uma vez que entendem que o Conselho de Saúde não deveria ser deliberativo. Revela-se, ainda, que o Conselho Nacional de Saúde representa um obstáculo para as tomadas de decisões da gestão.

*Ou delegar ao Conselho de Saúde, as funções de comando, a gerência, a gestão do processo. Então, o que eu percebo é assim, que muitos gostariam de estar engessando a decisão (G1).*

*Recorreram ao Conselho Nacional de Saúde para que constrangesse o governo do Distrito Federal até mesmo com a interrupção de repasse de recursos para poderem [...] obrigar. Para mim isso é uma interferência inequívoca da soberania do Estado em uma unidade da federação, tentando com isso, na minha visão, de uma forma golpista, impedir que o secretário exerça com plenitude as sua responsabilidade de gestor, não é?(G2).*

*E que foi negada essa autorização digamos, ou essa abertura pelo Conselho Nacional de Saúde. No entanto, [...], entendendo que o Conselho de Saúde não é deliberativo, ele, portanto não submete, não subordina o gestor principal, [...] nós não podemos abrir mão (G1).*

Nessa lógica, a gestão está estruturada para “receber” as demandas dos conselhos regionais de saúde, tanto relacionadas a melhorias da infraestrutura dos conselhos regionais, quanto dos centros de saúde. A relação entre gestão e conselhos é de verticalização, ficando claro que o papel dos conselheiros é de “levar” para a gestão as demandas da sociedade e não o de exercer o controle social:

*E dessa forma é claro que há momentos de debates acalorados, debate muito tenso. Nós temos reuniões periódicas [...] e eu acho que a gente procura, de certa maneira, buscar essa harmonização entre a autonomia que deve ter o conselho para expressar, para trazer ao conhecimento dos gestores, as demandas da sociedade, diversas origens (G1).*

*Você vai ver que [...] uma série de documentos aqui são reivindicações, conjunto de reivindicações dos próprios conselhos regionais que independentemente das estruturas de, vamos dizer, verticais, de contatos dos regionais com o Conselho Regional (G2).*

Demonstra-se, ainda, que o gestor não tem tomado como referência para a formulação das políticas de saúde, as decisões da conferência de saúde:

*Eu te confesso que teria de ver os pontos principais das decisões da Conferência Distrital. Eu não tenho isso de memória, para a gente ainda poder, algum dia, estar consultando (G1).*

Outra questão que evidencia a relação de fragilidade da gestão em relação aos conselhos é no que se refere ao sentimento de menosprezo sobre as atribuições do Conselho, travestida de desconhecimento, demonstrado, por exemplo, em relação à prestação de contas.

*Eu te confesso assim que eu não sei como é que é a prestação de contas da Secretaria com o Conselho. Se tem uma assembleia, como é essa dinâmica, eu sou novata [...] aqui (G2).*

*Eu não sei, eu suponho que deve ter uma assembleia de prestações de conta, porque todas as nossas contas têm de ir também para o tribunal de contas (G1).*

A **classe 4** (tabela 2) representa 16,20 % das palavras analisadas nesse eixo. Percebe-se que essa classe é formada por três ideias-força: a primeira diz respeito à **defesa do modelo de gestão hospitalar por meio de Organização Social (OS)**; a segunda refere-se à **desqualificação do SUS no DF e entorno**, como um sistema ineficiente e sucateado, e a

terceira, relaciona-se à **negativação da capacidade dos conselheiros**, tanto do ponto de vista formal e técnico, quanto do ponto de vista político.

A principal referência dessa classe é o indivíduo 1 com idade entre 40 a 55 anos, possui nível de escolaridade superior, e é do segmento dos gestores.

As palavras que apresentaram maior associação com esta classe foram: enfim- público – santa – lindas – aprovação – social – hospitais – possui – finalmente – funcionamento – cidade – UTI – modelo – autorização – sociedade – uma – UPAS – gestão. Sendo que as palavras “enfim” e “finalmente” são utilizadas de forma sistemática para justificarem ações que, apesar de opiniões contrárias para aprovação, julgam-se necessárias.

As palavras “modelo”, “gestão”, “hospitais”, “funcionamento” referem-se à ideia da defesa do modelo que se quer implantar na gestão hospitalar de uma RA, ao passo que as palavras “cidade” e “lindas” aparecem sempre relacionadas à justificativa de implantação deste modelo, inclusive para atender as cidades de Goiás conurbadas, como Águas Lindas, que buscam o atendimento no DF. O “público” está ligado à presença do Ministério Público, como um dos obstáculos ao exercício da gestão, em sua forma plena.

As palavras “UPAS”, “gestão”, “UTI”, “sociedade”, “funcionamento”, “cidade” têm também o sentido, em diversas u.c.e, de explicitarem a situação de carência e de desmonte do SUS, tanto na gestão da Secretaria de Saúde do DF, como nas cidades de Goiás, do entorno.

À ideia de negativação do papel dos conselheiros estão vinculadas as palavras “aprovação”, “autorização” e “gestão”, utilizadas no sentido de confrontação do poder da gestão e a capacidade dos conselheiros em intervirem.



**Tabela 2:** Defesa do modelo de gestão hospitalar por meio de OS, desqualificação do SUS no DF e entorno, e negatização do papel do conselheiro.

<b>Classe 4</b>		
<b>Defesa de OS, desqualificação do SUS, negatização do papel do conselheiro</b>		
<b>Palavras</b>	<b>F</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Enfim	8	31,75
Público	9	29,04
Santa	5	16,37
Lindas	3	15,78
Aprovação	4	15,42
Social	4	11,65
Hospitais	7	9,82
Possui	5	8,91
Finalmente	4	8,99
Funcionamento	4	8,99
Cidade	6	7,95
UTI	4	7,05
Modelo	3	7,27
Autorização	3	7,27
Sociedade	3	7,27
Uma	17	5,72
UPAS	2	5,72
Gestão	4	5,57
16,20 de variância explicada pela classe		

Portanto, discorre-se, nessa classe, sobre o modelo de gestão proposto para o funcionamento do hospital de Santa Maria, por meio de uma OS, que é uma organização sem fins lucrativos, e que apesar das resistências iniciais e de posições contrárias do Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público e parlamentares, foi aprovado pelo Conselho Distrital. Enfatiza-se ainda sobre os prejuízos trazidos para a população, que essas posições contrárias têm acarretado:

*Aqui no conselho regional de Brasília, nós aprovamos o modelo de gestão através de organização social e queremos implementar no hospital Santa Maria. Insatisfeitos com isso, houve recurso de uma deputada, de uma procuradora do Ministério Público (G1).*

*Como pretendemos abrir o hospital Santa Maria no dia 23 de abril, tem um ano, desde abril do ano passado, ele deveria estar sendo entregue a sociedade. Então, é um ano de privação de uma bela estrutura que consumiu mais de cem milhões de reais, então é um crime (G1).*

*Veja eu acho assim, que o conselho de Brasília, apesar das resistências e das diferenças, aprovou a abertura de Santa Maria através do modelo de gestão de organização social tal como é uma organização social sem fins lucrativos de Brasília e que ninguém reclama e que funciona maravilhosamente (G1).*

Uma das justificativas para a abertura do Hospital de Santa Maria está centrada, principalmente, na grande demanda por serviços, causada pela proximidade das cidades do Estado de Goiás, como Águas Lindas e Valparaíso, com Brasília:

*Aqui nós temos uma experiência estando com cidades conurbadas com Brasília. Nós temos, hoje, a realidade que é o Estado de Goiás, que vamos dizer, jurisdiciona as cidades como Valparaíso, como Águas Lindas que é uma tragédia para nós (G2)*

A segunda ideia-força, aqui demonstrada, refere-se a representação que se faz do SUS no DF e nas cidades de Goiás conurbadas. Apresenta-se uma situação de grandes dificuldades, que vão desde a atenção básica, em que se vê um processo de desconstrução das equipes de saúde da família, que vem ocorrendo nos últimos anos no DF, o precário funcionamento da rede de saúde, com impactos negativos na distribuição de medicamentos, controle da escala de trabalho dos profissionais, etc. até a constatação do sucateamento das unidades de saúde das cidades vizinhas, do Estado de Goiás.

Esse difícil funcionamento da rede de saúde no DF e entorno é apresentado como justificativa para a grande procura dos hospitais pela população e por conseguinte para a necessidade de construção de mais hospitais, assim como a estruturação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS.)

*Mas ele tem que estar pensando no universo do SUS, as debilidades do próprio SUS e as dificuldades históricas que a saúde pública em Brasília vem apresentando [...] (G1).*

*[...] Então, facilmente a gente percebe, por exemplo, [...], nós temos hoje um sucateamento da nossa rede pública, em razão de décadas de abandono, levou a esse sucateamento que nós tivéssemos vários, dezenas de leitos de UTI desativados (G2).*

*Ou por equipamentos obsoletos, ou por equipamentos danificados, enfim, o fato é que temos hoje uma carência de UTIs [...] (G1).*

*Enfim, de lá para cá, essa equipes foram sendo desconstituídas, quando eu cheguei, nós tínhamos 35 equipes completas e 30 outras, 35 enfim, funcionando a meia capacidade, portanto, setenta, sendo 30 incompletas (G3).*

*Temos uma rede de 30.000 servidores e a informatização é a pior possível, a menos eficiente possível (...) (G2).*

*Então, em razão disso, uma série de fatos negativos ocorre, desde o controle mais eficaz de medicamentos, estoque de medicamentos, até escala de profissionais, que são, vamos dizer, fonte de grande parte das reclamações da sociedade (G1).*

*Não funcionando também, esse cidadão vai direto para o hospital e às vezes até para o hospital de alta complexidade, como e o hospital de base (...) (G3).*

*Santo Antonio do Descoberto então, a rede, a nossa grande expectativa é que as cinco UPAS que fomos autorizados a construir, mais doze que temos autorização recente, nós estamos trabalhando na perspectiva de dezessete UPAS até o final do ano funcionando (G1).*

A ideia-força de negatização da capacidade do Conselheiro ocorre por meio de diversos mecanismos: desautorização da tomada de decisão (parecer de projeto) que não contempla as expectativas da gestão no espaço do Conselho; desqualificação do sujeito político Conselheiro, sobretudo sob o argumento que dificultam a condução das ações cotidianas. Dessa feita, atualmente se aposta na ouvidoria como instrumento privilegiado de subsídio para a gestão.

*Porque já chegam os conselheiros com os seus pareceres de cada projeto que está sendo examinado. Temos grupos de trabalhos. Enfim, o projeto, por exemplo, da autorização para contratação de 60 novos leitos de UTI. Então, o Conselheiro se debruçou sobre aquele tema, deu um parecer contrário e nós é que tivemos que enfrentar o debate e falar: ô meu, não é possível (G1).*

*Enfim, eu tenho a lista lá depois. Eu acho que existe uma militância mais aguerrida por parte dos trabalhadores. Os representantes dos trabalhadores, enfim, são mais politizados são mais suscetíveis a, vamos dizer, a políticas partidárias, que acabam se introjetando para o âmbito do debate no Conselho (G1).*

*Então, nós estamos estruturando a Ouvidoria de tal maneira, que a partir do próprio hospital, a Ouvidoria já possa ser acionada, dentro de uma rede com o conceito de rede e tendo as resoluções dos processos desencadeados, isso em nível de Ouvidoria (G2).*

## **EIXO 2 – A privatização da saúde**

Esse eixo contém 41,90% das palavras analisadas e a **classe 5** (tabela 3) é a responsável única pelo eixo. Assim, a classe 5 é a que aborda com mais força o sentido geral do *corpus*. Ela é representada, principalmente, pelo indivíduo 2 com escolaridade de nível superior, segmento de gestor e idade entre 40 e 55 anos. Esse eixo constitui-se de três ideias-força bem caracterizadas e apresenta uma clara relação entre elas.

A primeira ideia é a que trata de forma mais intensa, a **defesa da privatização da saúde no DF**, justificada pela insuficiência dos leitos de especialidades oferecidas pela rede pública e pela necessidade de contratação de leitos privados. A essa insuficiência de leitos, apresenta-se como causa principal o aumento da população e o limite imposto pela lei de responsabilidade fiscal, para a contratação de profissionais. A essa ideia, está vinculada o

conceito de que o atendimento prioritário a ser estruturado é o de atenção secundária e terciária e não o de atenção primária.

Outra ideia-força dessa classe é **a desqualificação política que se faz do Conselho**, caracterizando-o como instrumento de uso político, por determinados grupos ou pessoas. Como resposta a esta situação, novamente, se **aposta na ouvidoria**, tida como a principal forma de interlocução com o usuário e de participação deste, nas questões de saúde do DF.

As palavras com maior associação com essa classe são: gente – vai-hospitais – fazem – usuário – plano – os – privado – problemas – ideia – maioria – etc. – pronto-acesso – espaço- socorro-necessidade – pela – forma.

**Tabela 3:** Privatização da saúde, atenção secundária e terciária como prioridade, desqualificação política do Conselho e ouvidoria como espaço prioritário de interlocução com os usuários

<b>Classe 5</b>		
<b>Privatização da saúde, prioridade para atenção secundária, desqualificação do conselho, ouvidoria como espaço prioritário de interlocução</b>		
<b>Palavras</b>	<b>F</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Gente	38	31,16
Vai	21	23,67
Hospitais	10	14,69
Fazem	18	14,33
Usuário	11	13,09
Plano	8	11,61
OS	26	11,29
Privado	7	10,10
Problemas	12	9,76
Maioria	8	8,60
Etc.	5	7,13
Pronto	5	7,13
Acesso	7	7,15
Espaço	7	7,15
Socorro	5	7,13
Necessidade	7	7,15
Pela	6	5,74
Forma	12	6,35
41,90 de variância explicada pela classe		

Essa classe, em um primeiro momento caracteriza a organização do sistema de saúde no DF, descrevendo que o modelo original proposto é o da descentralização, na qual, para cada Administração Regional, existe um hospital. As palavras de maior associação com esta ideia são: “hospitais”, “usuário”, “problemas” e “pronto socorro”, numa explicação de que os

principais problemas e necessidades apresentadas pelos usuários referem-se às especialidades e, por outro lado, que os hospitais regionais não conseguem oferecer o atendimento necessário. Essa situação faz com que os usuários procurem atendimento em outros hospitais, ou mesmo diretamente no pronto socorro, condição que, no entanto, é naturalizada como uma ocorrência comum no Brasil.

*Porque a forma como o serviço de saúde no DF foi desenvolvido, ele já nasceu regionalizado. Então, em cada regional de saúde tem o nosso hospital regional que é referência para os centros de saúde que estão em volta, então potencialmente você tem esse acesso garantido (G1).*

*[...] e cardiologia que está começando agora. As outras especialidades, ainda não são cobertas. Então, você tem aquela situação de sempre. O usuário sai com o encaminhamento na mão e ele mesmo vai ter de tentar achar a forma de marcar a consulta nos hospitais que dispõem dessa especialidade na rede (G2)*

*Hoje, os usuários já vão direto ao pronto socorro, na grande maioria, já tem até pesquisa nacional sobre isso, a grande maioria da população já vai direto ao pronto socorro (G3).*

*Mas, depois tem que matar outra galinha para ir ao hospital fazer os exames etc. ele prefere matar uma galinha só e ir ao pronto socorro. Vai direto para o hospital. Acho que esse é um problema que todo mundo tem no Brasil, que é a coisa do pronto socorro falar mais alto (G2).*

Assim, a insuficiência dos serviços é caracterizada, principalmente, pela deficiência do atendimento secundário, que é considerado prioritário para a solução dos problemas de saúde da população. Tal debilidade é, também, argumentada pela carência de leitos de UTI. Sobre a atenção primária, opina-se que o acesso é mais próximo para a população.

*Tudo isso na nossa gestão. Olhe no Distrito Federal os grandes problemas de saúde que eu acho, a primeira coisa são as doenças crônicas degenerativas, lotam os hospitais, as internações (G3).*

*Mas pelo diagnóstico que nós fizemos, pelo levantamento, pela análise que nós fizemos dos processos internos de cada hospital, nós chegamos a um ponto tal que falta à nossa rede essas dezenas de leito na UTI (G1).*

*Ai a gente espera que isso ajude a melhorar um pouco esse acesso. Principalmente a atenção secundária. Porque a atenção primária de maneira geral ela está nos lugares certos, todo mundo tem acesso próximo a ela (G2).*

A ideia de defesa da privatização aparece justificada, principalmente, pelos argumentos apresentados na opinião anterior, pela qual se mostra a ineficiência dos serviços públicos, no atendimento às necessidades da população. Assim, a pressão dos usuários por

serviços, e outras questões tais como as dificuldades legais, para se contratar profissionais, o aumento da população do DF e do entorno, podem ser somados a esses argumentos.

*E o que você tem que fazer quando você depara com a morte iminente de um cidadão. Ou a gente contrata a iniciativa privada, temos hoje 59 leitos contratados da iniciativa privada que são regulados pela nossa governação de regulação, e fora esses 59 leito,s nós temos, permanentemente, 45 pacientes diariamente aguardando leito de UTI (G2).*

*Então, pra isso eu preciso aumentar o numero de UTIs contratadas, a rede privada. Foi uma batalha até convencer os membros do conselho sobre a importância da gente ter mais leitos de UTI privados infelizmente, até que possamos recuperar as nossas (G1).*

*[...] porque se você pensar de verdade, a população quer ser atendida, como é que ela vai ser atendida, tanto que nos outros estados, a população é atendida, e isso é um dado real, 58% dos leitos do Brasil que trabalham para o SUS, que estão a serviço do SUS, são privados (G1).*

*E esses 35% privados são muito disputados por planos de saúde, então a gente não consegue fazer essa negociação que os outros estados fazem muito fácil com a iniciativa privada, a gente não tem essa facilidade aqui (G3).*

*Tal como a Fundação Pioneiras Sociais é associação, uma entidade, é uma instituição sem fins lucrativos e que todo mundo tem orgulho. As Pioneiras que fazem a gestão do Sara Kubichek. Então, porque que o cidadão não pode ter acesso a um atendimento de qualidade que a gente acha que vai melhorar, como é a experiência de São Paulo, com 25 hospitais instalados (G2).*

A terceira ideia dessa classe responde pela **desqualificação política do Conselho e apresentação da Ouvidoria como alternativa**. Argumenta-se que os conselhos de saúde têm se posicionado mais como entrave do que como parceiros na solução dos problemas, e relatam que existe um aparelhamento dos conselhos por sindicalistas e lideranças. Aqui, estão mais associadas às palavras “espaço”, “problema” e usuário. A palavra “espaços” apresenta o sentido de que os espaços do Conselho estão sendo ocupados por categorias e pessoas com interesses diferentes, corporativos ou políticos, e que isto se constitui um problema, porque o Conselho está de distanciando da população. Este problema tem dificultado a interlocução da gestão, com os usuários.

*Essa coisa dos funcionários, dos sindicalistas estarem tomando um espaço maior e os problemas da comunidade cada vez menos discutidos, mais politizados, acha que talvez seja até natural, pois vai haver eleição no próximo ano (G2).*

*E, atualmente a gente está com um problema que não é do Distrito Federal, quer dizer, quanto mais eu converso com todo mundo, acho que está acontecendo em todos os lugares, um sitiamento corporativo do Conselho (G1).*

*O [...] do Conselho Nacional de Saúde dizem que é o espaço dele de projeção e esse, então ele precisa fazer barulho. Mas assim, eu acho que isso não é diferente também em lugar nenhum. Acho que isso está acontecendo em todos os estados (G2).*

*[...] na verdade se fosse para discussão com sindicatos eles sempre tiveram as classes privilegiadas, qualquer meio de negociação, o que fosse. E com essa coisa dos usuários estarem cada vez mais ausentes, a gente não conseguiu abrir esse espaço que seria privilegiado de conversa com o usuário (G2).*

*Então assim, muita gente, algumas pessoas usam isso como bancada até para a política, para aparecer, para se projetar de alguma forma, que é o que dizem que está acontecendo com o [...], por exemplo, (G2).*

Assim, esta classe apresenta, com força, a ideia de desqualificação do Conselho como interlocutor e parceiro da gestão do SUS no DF e privilegia o fortalecimento da ouvidoria, como instância para tal.

*E dar um espaço maior para Ouvidoria, até através não só de denúncias, queixas, reclamações, elogios, sugestões, como também a pesquisa de satisfação do usuário e até a pesquisa de imprensa, que é outra que a ouvidoria vai começar a fazer (G2).*

*Uma coisa que a gente está pensando, também, e com o apoio do Ministério da Saúde é uma ampliação do espaço da ouvidoria. Então, estão sendo muito potencializado aqui as coisas que chegam do usuário via ouvidoria estão sendo tratadas de uma forma, dado uma prioridade mesmo a resposta a essas, ao que chega via ouvidoria, mas a gente queria que eles fossem mais ativos (G1).*

*[...] Então, assim, a ideia que a Ouvidoria seja essa coisa que congregue essa audiência do usuário que ele quer em termos de serviços mesmo, e pare com essa coisa, o conselho, que é muito corporativa (G2).*

*Então, assim, a ideia é nessa proposta de ampliação dessa política de Gestão Participativa, mas é, trabalhar mais, quer dizer, abrir mais espaço, deixar de ter o Conselho como única participação social, entendeu, na gestão. E dar um espaço maior para Ouvidoria [...] (G2).*

*É de novo, valoriza o meio entendeu? Mas não valoriza o fim. Então, assim, fica uma discussão que você acaba que não serve para nada, entendeu? E não sai do mesmo lugar, não vai pra canto nenhum. Eu realmente eu estou achando, eu acho que o Conselho não é o caminho, atualmente (G2).*

### **EIXO 3 – Qualidade da atenção básica, discurso e intencionalidade**

Esse eixo representa 23,47 % do total do *corpus* e é constituído por duas classes: a classe 2, e a classe 3. A classe 2 é responsável neste eixo, por 13,97% das palavras analisadas e a classe 3 por 9,50%.

As **classe 2** (tabela 4) tem 13, 97 % das palavras analisadas e puxada, principalmente, pelo indivíduo 3, com idade acima de 60 anos, com escolaridade de nível superior e com função gestora na SES-DF.

As palavras que mais se associam a essa classe são: atenção – primária – objetivo – extremamente – governo – família – deus – cento – equipe – ano – prioridade – governador – cobertura – boa – chamado – passado – luta – implantação – fez.

**Tabela 4:** Atenção Primária como prioridade do governo do DF – contradições entre intenção e práticas

<b>Classe 2</b>		
<b>Atenção Primária como prioridade de governo- contradições entre discurso e práticas</b>		
<b>Palavras</b>	<b><i>f</i></b>	<b><math>X^2</math></b>
Atenção	13	52,46
Primária	9	39,87
Objetivo	5	31,69
Extremamente	5	31,69
Governo	6	31,21
Família	6	31,21
Deus	4	25,20
Cento	4	25,20
Equipe	5	24,86
Ano	7	18,55
Prioridade	4	18,67
Governador	4	14,35
Cobertura	5	13,64
Boa	3	12,68
Chamado	3	12,68
Passado	5	9,67
Luta	3	9,07
Implantação	3	9,07
Fez	2	7,05

13,97% de variância explicada pela classe

Essa classe, em um primeiro momento, trata da prioridade com que o governador e o governo têm dedicado à atenção primária, ressaltando-se a intensidade com que isso vem sendo realizado. As palavras fortes associadas a essa ideia são: “governo, governador, prioridade”, “atenção, “primária”, “autorização”. A intensidade de priorização pelo governo é ilustrada pela autorização do governador para a contratação de 195 equipes de saúde da família, pela capacitação realizada na secretaria, quando 70% foi direcionada à atenção primária e pela visibilidade conferida às ações de atenção primária, refletida na presença de gestores dessa área, em reuniões e audiências com outros secretários do governo e com o próprio governador. Menciona-se, também, a importância dada à participação do Conselho nas discussões de Atenção Primária.



*E eu não faço nenhuma reunião sem chamar o conselho, eu acho importantíssimo. A outra coisa é com apoio do governador. Nós sensibilizamos o governo para que ele transformasse a atenção primária em prioridade e, graças a Deus, hoje, nós somos extremamente prioridade com esse governo, não tenho nem dúvida disso (G3).*

*Com 195 equipes que já estão autorizadas pelo governador e pela secretaria que é uma luta muito grande, pois eles realmente se voltaram para atenção primária e a atenção primária hoje é uma grande prioridade de toda a Secretaria e todo o governo (G3).*

*Sete reuniões que eu já participei, foram com secretários adjuntos, secretários de governo. Quer dizer atenção primária no Distrito Federal é a coisa que está para acontecer e muita coisa está acontecendo, porque quando eu digo que 70% da capacitação de um órgão que faz capacitação para toda a Secretaria foi para a atenção primária (G3).*

Outra ideia forte apresentada por essa classe é o entusiasmo, a vontade e a intencionalidade com que se espera que as coisas aconteçam na atenção primária. Essa ideia é bem explicitada pelas palavras “extremamente” e “lutar” que têm no texto, o sentido de realização, felicidade e comprometimento com a proposta da atenção primária como projeto de mudança de uma realidade, assim como, demonstra otimismo pela forma que esta bandeira tem sido assumida pelo governo.

*[...] eu sou uma pessoa extremamente amante da atenção básica (G3).*

*Olha, minha gente, eu estou extremamente feliz, porque esta Secretaria, o Secretário [...] apresenta como [...] da atenção primária, [...] apresentou para um pessoal outro dia. Então, um secretário [...] telefona, [...] pede as coisas, [...] pergunta as coisas, um governador [...] convida para reunião de seus secretários para discutir a atenção primária (G3).*

*Eu estou extremamente orgulhoso de estar aqui e saber que cada dia eu tenho de lutar mais, de enfrentar e deixar um projeto de atenção primária que não tenha retorno (G3).*

Outro discurso apresentado pela classe demonstra uma contradição entre a prioridade da atenção primária declarada pelo governo e as reais condições estruturais de trabalho oferecidas. Como contradição também apresentada pela classe tem-se as dificuldades e ameaças apresentadas em relação à grande demanda por atenção à saúde externa ao DF.

*Não temos equipe suficiente em número, não em competência tem. Mas, é outra coisa, a gente trabalha muito, muito, muito, muito. Mas isso aqui era para ser uma subsecretaria (G3).*

*[...] Agora, olha o lixo que estamos! Pelo amor de Deus, olha as condições de trabalho, olha o calor, quer dizer, não tem nem um ar condicionado, não tem nada (G3).*

*Todo mundo sufocado no trabalho. É pouca gente, a equipe é pequena (G3).*

*400.000 habitantes mais 1.500.000, então o nosso planejamento está completamente suscetível a furos, em razão dessa pressão de demanda externa terrível que nós temos. O que nós estamos fazendo agora? Nosso objetivo era ampliar para 170 equipes de saúde da família para saltar de uma cobertura de 5% para algo razoável (G1).*

A **classe 3** (tabela 5), com 9,50 % das palavras analisadas nesse eixo, é puxada, principalmente, pelo indivíduo 3, com idade acima de 60 anos, escolaridade de nível superior e com função gestora na SES-DF.

As palavras mais fortemente associadas a essa classe são: consulta – acolhimento – daqui – exame – marcação – fiz – botar – saber – mesmo – sei – chega – vou – centro – humanização – acabam – vem – número – ajudar.

**Tabela 5:** Dificuldades de acesso à assistência- propostas para a melhoria: acolhimento e humanização

<b>Classe 3</b>		
<b>Dificuldades para a marcação de consultas e propostas para a melhoria do atendimento</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Consulta	8	44,17
Acolhimento	4	38,99
Daqui	4	29,75
Exame	4	29,75
Marcação	5	27,37
Fiz	4	23,61
Botar	3	20,42
Saber	4	19,24
Mesmo	4	19,24
Sei	5	17,63
Chegar	5	15,49
Vou	3	11,85
Centro	5	12,15
Humanização	2	11,60
Acabam	3	9,43
Vem	2	7,81
Número	2	7,81
Ajudar	2	7,81
9,50 % de variância explicada pela classe		

Essa classe aborda as dificuldades de acesso para a marcação de consulta no centro de saúde e trata de propostas apresentadas com o sentido de diminuir problemas como o acolhimento e a humanização.

Em um primeiro momento, a classe descreve os problemas encontrados para o agendamento das consultas, com sendo: número limitado (cotas) de consultas e exames por

dia, demora exagerada para entrega de exames, falta de médicos, resistência à mudança dos profissionais, excesso de demanda. As palavras associadas a essa ideia são: “consulta”, “exame”, “marcação”, “centro”, que se referem a esta dificuldade na marcação das consultas e dos exames. A palavra “chega”, que no texto tem vários significados, aqui se traduz como a procura da população que “chega” ao centro de saúde para o atendimento, e os exames que não “chegam”.

*Por exemplo, várias, várias, várias a gente sabe o que não funciona, e o transporte que não tem, e o exame que não chega, e uma cota de exames que tinha no centro de saúde (G3).*

*Com isso o centro de saúde foi ficando sem médico, com isso foi marcando consulta cada vez mais demorada, com isso fecharam praticamente as portas e aí o que acontece, a população chega, o usuário chega no Centro de Saúde (G3).*

*Não, só daqui a um mês a sua consulta, ok? Aí ele vem para consulta, aquele que ainda acredita. O dia que ele vem para consulta pede exames, os exames, nada é feito ali, demoram não sei quanto tempo para voltar, os resultados não chegam (G3).*

Esses problemas desencadeiam outros tais como: grandes filas, atendimento desumanizado etc. A demonstração de conhecimento sobre os problemas encontrados no centro de saúde está associada, principalmente, à palavra “sei” (fortemente relacionada ao sentido de domínio da situação, de conhecimento a fundo dos problemas) em que, a partir desse conhecimento, são apresentadas propostas para a superação tais como: o acolhimento e a humanização. A palavra “cheguei”, associada à palavra “ajudar” tem, aqui, o sentido de atender a um chamado. Nesse caso, atender a um chamado para “ajudar” a resolver problemas na atenção primária.

*Quantos profissionais, eu sabia. Agora eu tenho pasta, pastas e mais pastas, e está dentro dos computadores, hoje eu sei, centro de saúde número tal eu sei, a média de consulta deles, sei tudo (G3).*

*Nós estamos numa reorganização e reestruturação da atenção básica de saúde integral através de um projeto que foi elaborado após uma grande análise que fizemos. Quando [...] cheguei aqui, a primeira coisa que eu fiz foi onde estamos e para onde vamos? Hoje eu sei onde estou e para onde vou com tudo muito bem documentado, muito bem escrito e muito bem dito como chegar lá, orientado (G3).*

*[...] foi o maior projeto, [...] foi a maior coisa [...] foi esse projeto de acolhimento, e o posso ajudar, porque houve uma mudança muito grande no atendimento (G2).*

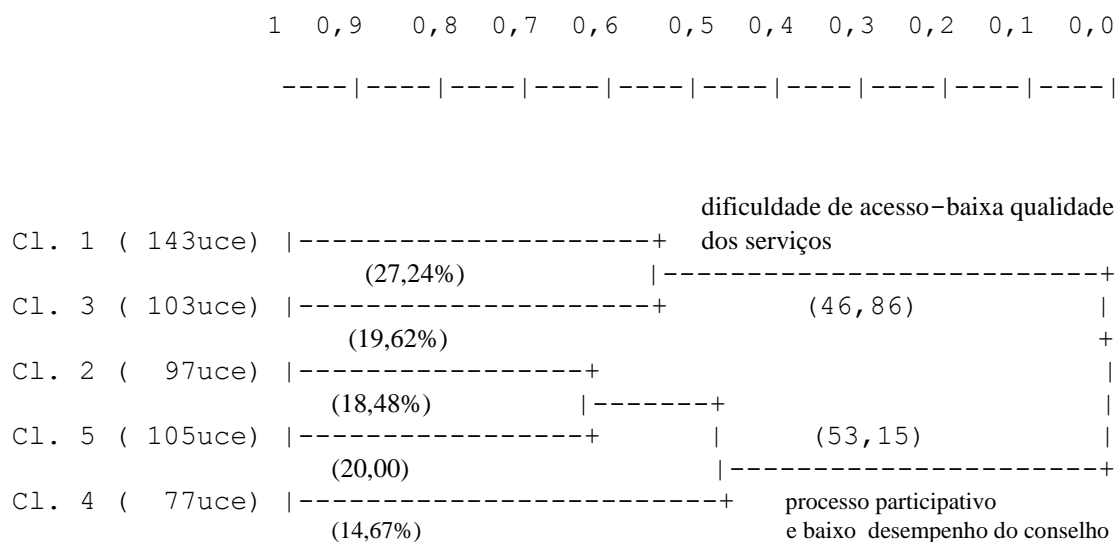
*Aí a primeira coisa [...] marcar consulta todo dia, botar essa coisa do acolhimento, escutar as pessoas, lutar, implantando projetos, programas [...] (G3).*

*Humanização, que eu me lembro de uma fila quilométrica no final do mês, as crianças no frio, na chuva, esperando para marcar uma consulta, para vir não sei quando (G1).*

#### 4.1.2 Representações Sociais dos Conselheiros Regionais acerca do Controle Social em Saúde no DF – Análise do Dendograma das classes estáveis do *corpus* dos Conselheiros Regionais

A análise dos resultados constituída pelo *corpus* de 10 unidades de contexto inicial (u.c.i.), ou entrevistas, e processados pelo *software* ALCESTE apresentou uma divisão do *corpus* em 649 unidades de contexto elementar (u.c.e.), contendo 936 palavras, formas ou vocábulos distintos. Assim, depois de reduzido os vocábulos às suas raízes lexicais, obteve-se do *corpus* analisado, um total de 525 u.c.e, correspondendo a 64,65% do total.

O Dendrograma das classes estáveis do *corpus* Conselheiros Regionais (Figura 2) representa a distribuição das cinco classes das Representações Sociais dos Conselheiros Regionais, observadas nesse grupo. Nesse Dendrograma, observa-se a relação entre as classes, que definem dois eixos (campos representacionais), das representações sociais dos conselheiros regionais: o primeiro foi construído pelas classes 1, e 3 que correspondem às **dificuldades de acesso à saúde, bem como, a baixa qualidade dos serviços prestados nos centros de saúde**. O segundo campo, foi estruturado pelas classes 2, 4 e 5 e aborda **o processo participativo na saúde e o baixo desempenho do Conselho, como um controle social em saúde**. Assim, serão discutidas as classes que estruturam o Dendrograma, tendo em vista as u.c.e., encontradas em cada classe.



**Figura 3:** Classificação Hierárquica Descendente – Dendrograma das classes estáveis do *corpus* Conselheiros Regionais

Observa-se um equilíbrio entre os eixos representados no que se refere ao número de u.c.e por eixo, e, portanto, no número de palavras analisadas, uma vez que o eixo 1 representa

46,86 % do *corpus* e o eixo 2 representa 53,15 % do total analisado. No entanto, o eixo 2 tem um significado um pouco mais forte na formação do *corpus*. Esse *corpus* diz **respeito à baixa qualidade da assistência à saúde, ao processo participativo e ao baixo desempenho do Conselho, como controle social na saúde.**

### **EIXO 1 – Dificuldades de acesso à saúde e baixa qualidade dos serviços prestados**

Esse eixo representa 46,86 % do total do *corpus* analisado e é constituído por duas classes: a classe 1 e a classe 3 que estabelecem entre si uma relação relativamente alta,  $R(0,55)$ .

A **classe 1** está representada na tabela 6, que mostra a caracterização da classe com as principais palavras que a compõem acompanhadas da frequência e do  $X^2$  dessas palavras.

Essa classe trata das **dificuldades de acesso à marcação de consultas nos centros de saúde, principalmente para algumas especialidades** e possui 27,24% das palavras analisadas nesse eixo, sendo essa a classe com o maior número de palavras analisadas do *corpus*.

As palavras mais associadas a essa classe são: marcação – especialidade – centro – horário – consulta – vaga – PSF – clínica – hora – acesso – medicamento – paciente – atendimento – demanda – cardiologia – gama – geralmente – implantação – hospital.

Essa classe é conduzida, principalmente, pelo indivíduo 9 (23, 52%), indivíduo 6 (12,27%) e indivíduo 1 (11,20%). E as variáveis com maior significância são os indivíduos com nível médio de escolaridade, idade entre 40 e 55 anos, representação do segmento dos trabalhadores, que exercem função de conselheiros há mais de 5 e há menos de 10 anos.

**Tabela 6:** Dificuldades de acesso a vagas, para consultas especializadas no centro de saúde

<b>Classe 1</b>		
<b>Dificuldades na marcação de consultas especializadas</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Marcação	23	64,26
Especialidade	24	62,62
Centro	51	58,21
Horário	16	32,59
Consulta	17	31,85
Vaga	13	31,25
PSF	11	30,01
Clínica	14	30,24
Hora	13	27,52
Acesso	14	24,02
Medicamentos	16	21,74
Paciente	27	22,44
Atendimento	36	19,92
Demanda	21	18,86
Cardiologia	7	18,95
Gama	8	17,56
Geralmente	9	16,89
Implantação	6	16,21
Hospital	24	15,82

27,24% de variância explicada pela classe

A classe descreve o sistema de marcação de consultas para as especialidades, o que geralmente ocorre pelo sistema de senhas, liberadas de acordo com a disponibilidade de vagas para cada área. As palavras “marcação”, “especialidade”, “consulta”, “vaga”, “horário” mais associadas a este aspecto e que revelam as grandes dificuldades que a população tem para conseguir a vaga, para a marcação de uma consulta de especialidade, apesar da existência do serviço de acolhimento que não tem sido resolutivo.

*Então fica todo dia o funcionário tentando ver o que entrou de vaga para poder marcar a consulta. Então por exemplo, nós temos uma demanda grande reprimida de oftalmologia, e imensa de cardiologia, que nós tínhamos dois médicos (CR1).*

*O acolhimento é quando o paciente chega aqui, na entrada fica um funcionário lá para orientar o paciente de que consulta tem, por exemplo, ele quer saber da ginecologia, quantos médicos são, para explicar como funciona como e que é a marcação (CR1).*

Essa dificuldade é explicada pela falta de profissionais nas especialidades e pela insuficiência da atenção básica, principalmente pelo número reduzido de PSF. Como

consequência, imensas filas são formadas nos “centros” de saúde em busca de “atendimento”. “Geralmente” essas filas terminam na emergência, uma vez que não se tem “acesso” às “especialidades” “demandadas”.

*Mas um atendimento de atenção básica sem chegar ao hospital, para que a gente evite de chegar no hospital, até pela distancia que nós estamos dos outros grandes centros (CR9).*

*A gente precisa de 100% de cobertura do PSF, a gente precisa de pelo menos mais 3 centros de saúde na cidade, e algumas especialidades, que anteriormente eu havia dito, principalmente a cardiologia, neurologia e ortopedia para a cidade (CR4).*

*Porque o paciente ele vem aqui, ele não consegue o atendimento ele vai a emergência. Um fato que a gente tem percebido muito [...] (CR1).*

*A fila é às 5 e meia da manha ,quando os médicos só chegam 8 horas ou 9 horas, geralmente nunca chegam 8h, só chegam as 9 horas. Então isso também é um grande problema as filas constantes, que os horários terminam não sendo cumpridos e as pessoas terminam por não serem atendidas porque existe a cada dia um número de senha, ultrapassou aquele número de senha não atende mais ninguém (CR8).*

A **classe 3** (tabela 7) tem 19, 62% das palavras analisadas no eixo e trata da **baixa qualidade do atendimento refletidas na interação/comunicação profissional-paciente e no modelo de atenção adotado**. Verifica-se, em um primeiro plano, que a qualidade do atendimento relaciona-se diretamente à atitude dos profissionais de saúde no momento da consulta. As palavras que mais se aproximam dessa classe são: relação- tratamento-complexidade – exigem- humana – for – alta – médicos – entendimento – enfim – diria – humano – auxiliar – vai – tratamento – paciente – enfermeira – profissional – atenção. Essa classe é representada, mais fortemente, pelas variáveis: indivíduos 8 e 10, escolaridade de nível superior, segmento dos usuários e com tempo de participação no Conselho entre 5 e 10 anos.

**Tabela 7:** Baixa qualidade do atendimento: interação/comunicação profissional-paciente; Modelo de atenção à saúde, adotado

<b>Classe 3</b>		
<b>Baixa qualidade do atendimento: relação profissional-paciente; modelo de atenção oferecido</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Relação	24	38,91
Tratamento	9	32,02
Complexidade	8	27,86
Exigem	6	24,87
Humana	6	24,87
For	6	19,65
Alta	6	19,65
Médico	16	18,61
Entendimento	12	17,76
Enfim	4	16,51
Diria	4	16,51
Humano	4	16,51
Auxiliar	4	16,51
Vai	74	15,74
Tratar	5	15,62
Paciente	20	16,28
Enfermeiro	5	15,62
Profissional	24	15,50
Atenção	19	15,03
19,62% de variância explicada pela classe		

As palavras “relação” e “tratamento” caracterizam a natureza da “relação” “profissional” (“médico”) “paciente”, uma vez que o paciente que necessita de “tratamento” recebe um “tratamento” “profissional” inadequado. A baixa qualidade do atendimento é relatada pelo descaso com que os profissionais atendem, e pela falta de comunicação e informação, entre estes e os usuários dos serviços. Situação, essa, também caracterizada pelo distanciamento (desconhecimento), desses profissionais, dos reais problemas da população. A palavra “entendeu”, que permeia toda classe, tem, nesse contexto, o sentido de indignação, de revolta com o atendimento proporcionado.

*Não levanta para ver o resultado e também não vai do outro lado da comunidade para saber o que está acontecendo, entendeu? Por que a gravidez na adolescência está crescendo? Então você tem medidas na verdade paliativas e tão somente isso (CR9).*

*Os depoimentos que eu tenho ouvido não são de que as pessoas tenham recebido um bom tratamento, eu mesmo já tive problemas com médico. A pessoa vem e ali o médico trata mal, ignorante, não conversa com a pessoa, não procura entender, saber realmente o que é que está acontecendo (CR9).*



Relata-se, nessa classe, a insatisfação e a desconfiança dos usuários para com a qualidade da formação acadêmica dos profissionais. As palavras mais próximas deste contexto apresentado são: “vai”, “médico”, “auxiliar”, “entendeu”. Essas palavras associam-se com o sentido de desesperança e de insatisfação. A palavra “vai”, tem o significado de “aferir algo”, no caso, a formação inadequada dos profissionais, principalmente do “médico” e dos “auxiliares”. Essa ideia completa-se com a palavra “entendeu” que traz o sentido de desconfiança na formação dos profissionais, como garantia de um bom atendimento.

*Você vai verificar que as pessoas estão insatisfeitas, então confiando no processo de formação do médico, do enfermeiro, do auxiliar, do técnico e que na faculdade você tem boas lições, isso não se aplica, entendeu?(CR10).*

Percebe-se, também, que quanto mais complexo é o atendimento, mais distante é a relação. Identifica-se que um dos grandes problemas dessa “complicada” relação entre as pessoas refere-se à comunicação, e que esse distanciamento é visto, do mesmo modo, no relacionamento dos médicos entre si.

*Olha, eu acho que à medida que vai evoluindo em níveis de complexidade, acho que a distancia também vai aumentando (CR7).*

*Eu diria que ela é difusa e confusa porque aí a que a gente constata algumas coisas que os profissionais às vezes não se entendem, não se comunicam, não se interrelacionam, há esse problema seríssimo de comunicação (CR8).*

A baixa qualidade do atendimento a que se refere essa classe, diz respeito, também, ao modelo de “atenção” oferecido, relatado como um modelo que não favorece o fluxo contínuo do atendimento, o que, na maioria das vezes, interrompe-se na emergência. As palavras “alta”, “complexidade”, “atenção”, “paciente”, “vai”, relacionam-se com a ideia de confrontação e de crítica com a forma pela qual a assistência está organizada, sendo clara a priorização dos hospitais como unidade de resolução dos problemas em detrimento da atenção básica. Identifica-se a dificuldade da referência para os níveis de média e “alta” “complexidade”, na qual a palavra “vai” associa-se com o sentido das peregrinações do paciente em busca do atendimento.

*Uma grande questão que a gente também levanta é em relação a esse tipo de atenção: qual é o primeiro nível de atenção que o usuário vai. E já se pensa logo*

*como o modelo que a gente vive que é mais hospitalocêntrico, o pessoal vai mais para a emergência resolver um problema que poderia ser resolvido no posto de saúde, na atenção básica (CR5).*

*Eu acho que nós temos que organizar o sistema de tal forma que se possa ser o paciente, possa perceber uma sequência lógica desse atendimento e se ele depende aqui na sessão básica no pronto atendimento para ir para a média ou alta complexidade ele já tem e que já seja uma coisa natural que ele não tenha dificuldade de passar (CR8)*

## **EIXO 2 – Processo participativo e Baixa eficiência do Conselho como controle social em saúde**

Esse eixo está constituído pelas classes 2, 5 e 4 e representa 53,15 % do total do corpus. As classes 2 e 5 apresentam uma alta relação entre elas ( $R= 0,62$ , sendo a maior relação do corpus) e estas duas juntas têm uma relação de proximidade com a classe 4 de  $R= 0,45$ .

A **classe 2** está representada na Tabela 7, que retrata o conteúdo da classe juntamente com as principais palavras que a compõe, acompanhadas da frequência e do  $X^2$  dessas palavras. Essa classe é puxada pelos indivíduos 7, 9 e 10, nível de escolaridade 3, segmento dos trabalhadores e com tempo de Conselho entre 5 a 10 anos.

Essa classe que trata **do processo participativo na saúde possui 18,48%** das palavras analisadas nesse eixo. As palavras associadas a esta classe são: participação– organização– elaboração – clarear – interesse – Paranoá – vontade – meio – cidade – grupo – diversas – maneiras – instituição – pessoas – entidade – reunião – quase – convidado – confiança.

**Tabela 7:** Processo participativo na saúde

<b>Classe 2</b>		
<b>Processo participativo na saúde</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Participação	26	67,84
Organização	17	39,96
Elaboração	8	35,85
Clarear	12	35,00
Interesse	5	22,27
Paranoá	7	21,38
Vontade	6	21,29
Meio	7	17,97
Cidade	14	18,10
Grupo	7	17,97
Diversas	4	17,97
Maneiras	5	16,95
Instituição	5	16,95
Pessoas	27	14,62
Entidade	6	14,12
Reunião	4	12,69
Quase	3	13,31
Convidar	4	12,69
Confiança	4	12,69
18,48 % de variância explicada pela classe		

A classe expõe sobre a “participação” da sociedade na ajuda da solução dos problemas e aborda também sobre o esforço que se tem de empreender para mobilização da população em prol da saúde. Em alguns discursos, essa ajuda vem acompanhada da boa “vontade” de “grupos” da sociedade civil que participam por meio de diversas associações. Nessa ideia apresentada, a palavra “vontade” aproxima o sentido da participação com o ato espontâneo de ajudar, de contribuir, de fazer sua parte. Aborda-se também que essa “vontade” poderia ser mais bem aproveitada se contasse com mais organização e planejamento.

*Temos parcerias de associações de moradores, parceira de associações de idosos que estão dispostos de estarem levando uma palavra amiga, participação de entidades religiosas, então a sociedade quando você solicita para ela uma ajuda ela está sempre pronta para ajudar [...] (CR7).*

*Olha o que a gente tem sempre e uma boa vontade da sociedade civil organizada na cidade, para participar, acho que alguns dos problemas que nos temos são justamente às vezes a falta de organização de um planejamento melhor de não estar enxergando aquela coisa que está gritante naquele momento, no bem crítico naquele momento (CR8).*

As condições necessárias para realizar isso que se quer, mas eu acho o que é fundamental é a boa vontade (CR7).

Outra discussão presente nessa classe refere-se às estratégias para mobilização da população, principalmente para a tomada de decisões, ou “medidas” como aparece no discurso. As palavras “diversas”, “maneiras”, “reunião”, “convidar”, “interesse” expressam, com intensidade, a vontade de que isso aconteça.

*Nos ainda temos, assim, muitas pessoas de conselheiros que não participam mais, que estão, ou seja, nos estamos assim revitalizando, renovando tentando ressuscitar a instituição, o Conselho e fortalecer no decorrer dos anos, dos tempos (CR4)*

*[...] convidamos a comunidade para participar fazer uma passeata e essa coisa toda e a participação da comunidade foi muito pouca, o que para mim confirma o descrédito e também o desconhecimento. Daí, então a necessidade de elaborar (CR10).*

*A elaboração de um projeto normalmente isso se resolve através de um seminário, um fórum. Teria que convidar, conversar com os diversos segmentos, as diversas entidades da comunidade e fazer um fórum de debate (CR4).*

*Nós temos na cidade as rádios comunitárias que tem ajudado muito com informação e trazendo também muitas vezes, participando de evento dentro das entre quadras, nós temos as associações que muitas vezes ajudam (CR9).*

*Uma conferencia sem participação da comunidade ela não justifica, não justifica, mas até a participação também você não pode ficar se matando porque as pessoas não quiseram participar, [...] a importância de participar de uma Conferência é isso e uma construção, um processo e eu espero que a gente nas próximas/ tenha mais pessoas interessadas e compreendedoras (CR7).*

Outro aspecto revelado é concernente à necessidade de se aumentar a “confiança” e o “interesse” de “participação” da população por meio de mais “organização” e “elaboração”. Estas atitudes poderiam fazer superar o descrédito e o desconhecimento ora observado.

*Confiança de que as coisas tendem a melhorar embora o contexto seja o contrario, embora a situação seja totalmente adversa você acredita que e possível por isso que você esta ali e que com sua contribuição e que por meio da sua vontade e do seu trabalho, e possível que as coisas melhorem, então, a expectativa e essa, (CR9).*

*Pouquíssimas pessoas compareceram, para mim esta claro que as pessoas não confiam mais nas organizações, acham que estão todas compradas, que você tem muitos dos membros das instituições que fazem parte do governo e mistura organizações (CR10).*

A classe aborda, com intensidade, a relação Conselho-gestão-comunidade, e apresenta um conjunto de ideias que demonstram alguns aspectos dessa relação que dificultam, ao Conselho, a execução de suas funções, assim como inibem a participação maior da comunidade. A falta de apoio da gestão ao Conselho é um deles, pois, além de não ser

reconhecido como instância de decisão, o Conselho sequer recebe informações sobre questões importantes relacionadas à saúde local. Relatam-se atitudes de desvalorização do conselho, por parte da gestão.

*O Conselho de saúde está se organizando numa fase ainda muito incipiente, (...) assim na expectativa que esse trabalho ele não venha se exaurir agora com essa gerência, com essa gestão (CR10)*

*É uma falta de credibilidade dos conselheiros, e as vezes nós só queremos participar das coisas, mas são negadas as informações, até porque conselho de saúde se reúne uma ou duas vezes por mês e as informações que nos chegam elas são passadas muito rapidamente (CR10).*

*Para elaborar essas ações, então até estou a mais de um ano aqui no Conselho nos não fomos chamados, não fomos notificados em nenhum momento para discutíssemos a elaboração de ações, o encontro de problemáticas (CR10).*

*A organização para a Conferência distrital foi assim um atropelo, foi uma coisa horrível, foi uma experiência assim que espero não passar, foi a desarticulação total, porque nos não tomamos o conhecimento de que o Conselho tinha que estar se organizando para a Conferência (CR8).*

Outro componente da relação gestão-Conselho-comunidade, que incide sobre o processo participativo é a falta de “confiança” e de credibilidade na gestão por parte da comunidade, assim como a descontinuidade administrativa, sentida pelo Conselho. Tais fatores descredenciam a gestão junto à comunidade e ao próprio Conselho e impedem maior aproximação e diálogo entre esses segmentos, para a elaboração de melhores políticas para a população.

*Mas, não existe hoje essa união concentrada em torno da realização das ações no centro da saúde, acredito em primeiro lugar, a gente resgatar essa confiança das instituições também com seriedade, com responsabilidade (CR9).*

*Pouquíssimas pessoas compareceram. Para mim está claro que as pessoas não confiam mais nas organizações, acham que estão todas compradas, que você tem muitos dos membros das instituições que fazem parte do governo e mistura organizações (CR10).*

*Porque tem uma descontinuidade muito grande, eles podem até ser indicados políticos, mas que tenham pelo menos um perfil para ser da área da saúde (CR1).*

*Você acaba que aquela ação que foi veio de contribuição. Ai, ela se perde porque já vem outro e já mexe naquilo (CR7).*

*O governo que chega ainda que ele fique 1, 2, 3 mandatos mas ele é temporário porque depois ele vai embora. Mas se esses governantes eles perceberem que é necessário/ ter uma política permanente, e claro permanente não quer dizer que não/ tenha as suas adaptações (CR7)*

*veio de outros lugares e não adquiriram ou não desenvolveram aquele amor pátrio pela cidade. Então, eles não têm muito interesse, porque eles acham assim: ah, amanhã eu vou sair daqui, então eu não preciso me preocupar com isso (CR10)*

*Os gestores responsáveis sentassem e tentassem interagir com diversas outras áreas, para poder planejar essas estratégias ou essas ações [...] (CR7)*

Ainda, sobre a participação, a classe aborda as condições existentes para que ela ocorra, demonstrando uma preocupação com a qualidade formal do conselheiro e explicitando a compreensão de que o bom desempenho das funções do Conselho está vinculado à qualificação dos conselheiros.

Argumenta-se, também, que a participação do usuário é uma peça fundamental para o controle social, uma vez que detém informações privilegiadas, pois é o que mais transita no sistema. Nesse discurso, a classe apresenta a ideia de caos instaurado na saúde e que a participação, principalmente do usuário (sentido de comunidade) é o caminho para a solução dos problemas, uma vez que os gestores, em sua maioria, não são servidores do quadro e não se responsabilizam pelo caos.

Nessa classe, trata-se, também, da necessidade de os conselhos se voltarem mais atinadamente às necessidades da comunidade com a utilização de recursos que privilegiem a escuta das suas prioridades e demandas, com vistas a mudança de modelo de atenção vigente. Entretanto, reconhecem que existem dificuldade para que os conselheiros possam executar essas práticas, especialmente, a deficiência de capacitação.

*Falta e trabalhar muito inclusive os conselhos de saúde eles são instrumentos [...] na compreensão, na informação da comunidade da necessidade de organizar o serviço dessa maneira, temos uma cultura muito presente ainda de valorizar os hospitais, como gostam de dizer a cultura hospitalocêntrica (CR7).*

*Olha, a princípio o conselho de saúde deveria acompanhar a elaboração das ações que deverão ser elaboradas na ocasião de se diagnosticar esses problemas na comunidade, no meio (CR10).*

*Porque se fosse para fazer a conferência do Paranoá em São Sebastião sem se preocupar com esse caráter que é fundamental que é o de avaliação e análise porque a partir daí você vai ter os elementos para elaborar as políticas voltadas pra saúde (CR10).*

*As metas a serem alcançadas nos também não conhecemos e algo que enquanto conselho de saúde nos desconhecemos, o diagnóstico aqui não chegou para nós agora. Olha, você sabe, você sabe que uma coisa é você ser capacitado, outra coisa é você ter disponibilidade de exercer aquilo que você aprende (CR10).*

*O que nós precisamos, mais ações da educação efetivamente para formar melhor seus conselheiros já que é nos dando atribuições de execução, elaboração e de projetos de ações e necessário que a gente conheça para poder trabalhar em cima (CR10)*

*Mas a gente está brigando para que os conselheiros sejam/ capacitados no momento que é eleito, se todos os nossos conselheiros/ fossem capacitados quando da eleição, Já entraria com a atuação diferente (CR1)*

*Os usuários eles passam quase que o dia inteiro a semana inteira procurando o centro de saúde, então um conta para o outro o que tem o que nós oferecemos na maior parte das coisas, dos momentos eles sabem de tudo o que acontece (CR9)*

*O usuário traz para a gente a necessidade deles e a gente tenta de alguma forma devolver com um atendimento de qualidade. Se a gente não escutar, não participar e tomar as medidas nós vamos ficar com a saúde com déficit do jeito que esta com o caos do jeito que esta, porque as pessoas que são gestoras, elas na sua maioria não são servidores do quadro (CR1).*

A **classe 5** desse eixo tem uma forte proximidade com a classe 2, e discorre sobre a **relação entre a melhoria do processo de “planejamento” da saúde, e o desempenho do Conselho de Saúde**. Na classe, demonstra-se que, a ausência de discussão dos temas como o plano de saúde, a agenda de saúde e a educação permanente das reuniões do Conselho tem prejudicado a atuação desta instância e de sua interlocução com a gestão. Nela, está presente a força das seguintes variáveis: indivíduo 5, idade entre 25 e 40 anos, escolaridade de nível médio, segmento dos usuários e com tempo de exercício no Conselho abaixo de 5 anos.

Esta classe está representada pela tabela 8 e é puxada pelos indivíduos 1 e 5, com escolaridade de nível médio, segmento dos usuários e com até 5 de atuação no conselho. Ela aglutina 20% das palavras analisadas. As palavras mais associadas a ela são: social – vê – controle – realidade – gente – justamente – planejamento – questão – reavaliação – trabalhador – existe – família – gestor – computador – achar – luta – vejo – estrutura – equipamento.

**Tabela 8:** Relação entre o processo de planejamento da saúde e o desempenho do Conselho de saúde

<b>Classe 5</b>		
<b>O processo de planejamento da saúde e o desempenho do Conselho de saúde</b>		
<b>Palavras</b>	<b><i>f</i></b>	<b><math>X^2</math></b>
Social	16	43,17
Vê	16	39,90
Controle	11	39,42
Realidade	12	38,82
Gente	55	34,32
Justamente	12	31,20
Planejamento	11	30,84
Questão	27	29,93
Reavaliação	7	28,38
Trabalhador	14	27,33
Existe	28	24,69
Família	18	21,74
Gestor	11	21,95
Computador	5	20,19
Achar	25	18,99
Luta	8	16,72
Vejo	8	16,72
Estrutura	14	16,64
Equipamento	8	16,72

20,00 % de variância explicada pela classe

A ideia central dessa classe está fortemente relacionada à importância do “planejamento”, acentuando-se que a ausência deste, causa sérios prejuízos ao andamento das ações de saúde. Relata-se que esses impactos negativos estão refletidos nas “questões”: de recursos humanos, de infra “estrutura”, de falta de resolutividade dos serviços, na compra de “equipamentos” básicos, insumos. Constata-se que não “existe” uma “estrutura” para o atendimento da população e nem “existe” uma integralidade dos programas da unidade.

Esta insuficiência no “planejamento”, também é sentida nas ações do Conselho de saúde, às quais se percebe uma ação de mão dupla da qual o “planejamento” proporciona o diálogo sobre as “questões” de saúde e o fortalecimento do Conselho favorece que este contribua mais no planejamento da saúde.

As palavras “questão” e “justamente” aparecem no texto geralmente associadas à constatação de um problema (“questão”) e à busca de solução para ele (“justamente”), o termo “justamente”, vincula-se fortemente ao “planejamento” das ações como sendo a solução.



Uma “questão” que a classe trata como sendo um problema é quanto à questão da formação dos profissionais e dos conselheiros. Descreve-se a preocupação com a falta de qualidade dos profissionais para exercerem a gestão, assim como a assistência.

Apointa-se a necessidade de “reavaliar” as ações, planos, metas e orçamentos no sentido de reaproximar o profissional, do “gestor” e da população.

*E da gente buscar um planejamento para a saúde para o ano que vem a gente sentar, discutir e reavaliar o plano de saúde, agenda, o orçamento. Então, e a questão do polo de educação permanente também que é importante, que a gente vê que de alguns anos para cá ninguém mais discutiu o polo de educação e a gente não sabe o porquê não se discutiu mais, que é um espaço importante para gestores (CR5).*

*E aí vem toda essa questão, de que se a gente fortalecesse os conselhos gestores, acho que poderia se melhorar na infraestrutura, no planejamento da saúde, na agenda de planejamento/ da saúde (CR5).*

*Para justamente fazer esse planejamento. E os profissionais não são capacitados para resolver os problemas e necessidades de saúde da população. Não, de forma alguma. Aí vem a questão da formação. A gente sempre está lutando. Existem algumas escolas que existe uma capacitação, uma formação para os profissionais, para resolver os problemas de saúde, mas acho que são ações mínimas que acontecem (CR4).*

*Então, eu nunca fui numa reunião de planejamento e diagnóstico [...] (CR5).*

*Eu já tentei na administração, eu já tentei na regional, na nossa regional, nunca tem espaço para o Conselho. Nós temos alguns equipamentos nossos, existe promessas, mas nós precisamos realmente que o Conselho de saúde seja valorizado para que possamos ter uma parceria melhor, integrar se cada vez mais, gestores, trabalhadores e usuários (CR3).*

**A classe 4 trata da fragilidade, da falta de força política do Conselho como instância de deliberação da saúde.** Essa classe tem a força maior dos indivíduos 2 e 3, das idades de 45 a 65 (variáveis 2 e 3 de idade), de escolaridade de nível fundamental, do segmento de usuários e com tempo de exercício entre 1 a 5 anos e com mais de 10 anos. Ela é responsável por 14,67% das palavras analisadas no *corpus* e no eixo, e está representada na Tabela 9.

As palavras de maior associação com essa classe são: inclusive – presidente – mental – Conselho – audiência – secretário – instituto – sede – apoio – senhora – documento – administração – reivindicações – dia – conselheiro – deu – ajuda – associação.

**Tabela 9:** Fragilidade e baixa força política do Conselho como instância de deliberação na saúde

<b>Classe 4</b>		
<b>Fragilidade e baixa força política do Conselho</b>		
<b>Palavras</b>	<b><i>f</i></b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Inclusive	19	78,90
Presidente	13	49,33
Mental	8	47,27
Conselho	30	47,32
Audiência	7	41,28
Secretário	17	38,20
Instituto	6	35,31
Governador	8	34,77
Sede	5	29,37
Apoio	7	29,14
Senhora	5	29,37
Documento	5	29,37
Administração	5	29,37
Reivindicações	5	29,37
Dia	15	28,25
Conselheiro	10	27,37
Deu	7	24,94
Ajuda	10	24,90
Associação	10	24,90
16,64 % de variância explicada pela classe		

Discorre-se na classe, acerca da demonstração de fragilidade do Conselho como força política, uma vez que, apesar da presença de autoridades como o “governador” e o “secretário”, no sentido de respaldar ações do “Conselho”, ou de prometer respaldo vê-se uma frustração no resultado do apoio recebido.

Observa-se a fragilidade, também, quando são superestimadas ações burocráticas como a entrega de “documentos” mediada pelo “administrador” que se encarrega de entregá-los ao “governador”.

Apresenta-se, nessa classe, a relação autoritária do Ministério Público que insiste em instalar o manicômio prisional Distrital, junto à sede do Instituto de Saúde Mental, sem discutir sua viabilidade com o Conselho Regional e com a população.

*A audiência foi no ginásio de esportes e vieram o governador, secretário de saúde, secretário de segurança. Estava todo mundo. Inclusive foi a vez que eu fui reivindicar, cobrar do governador. Ele me passou, chamou o secretário, mandou que eu sentasse com o secretário para que nos discutirmos isso aqui (CR2).*

*Levamos para o administrador e o administrador levou para o governador, para o secretário e a secretaria nos deu a resposta, inclusive eu li lá no dia da audiência, eu li a resposta da secretaria que era uma determinação do Ministério Público (CR2).*

*Até o presente momento não temos retorno nenhum. Ainda não foi feito nada. O governador nos prometeu o secretário de saúde que nos temos agora dia 27 de janeiro nos tivemos essa audiência pública aqui (CR2).*

*O Ministério Público insiste em colocar um manicômio distrital aqui, para a pessoa ficar internada. E um manicômio do presídio. Inclusive na audiência pública que tivemos que os conselheiros imediatamente quando soube, tomou conhecimento, foram convocados todas as lideranças, associações e conselhos da cidade, fizemos um abaixo-assinado (CR1).*

*O que o governo não nos dá condições nenhuma. Nós não temos condições nenhuma, nos não temos condições. Nos não temos apoio do governo. Inclusive o tanto de tempo que eu vivo pedindo a sala para o Conselho de Saúde (CR2).*

*Está desacreditado. Porque o governo não está respeitando a nossa legislação e nem o artigo 33.333 que diz que o governo tem que dar suporte a todos os conselhos, e, não esta dando (CR2).*

*Cadê? O que o governo está fazendo? O que a secretaria está fazendo para melhorar isso aí? Gente, já pensou setecentas pessoas esperado a biopsia, atrasadas. E cada mês tem mais minha senhora vai acumulando. Daqui a pouco, tem mil. Eu como presidente do Conselho, tenho feito o possível e o impossível (CR3).*

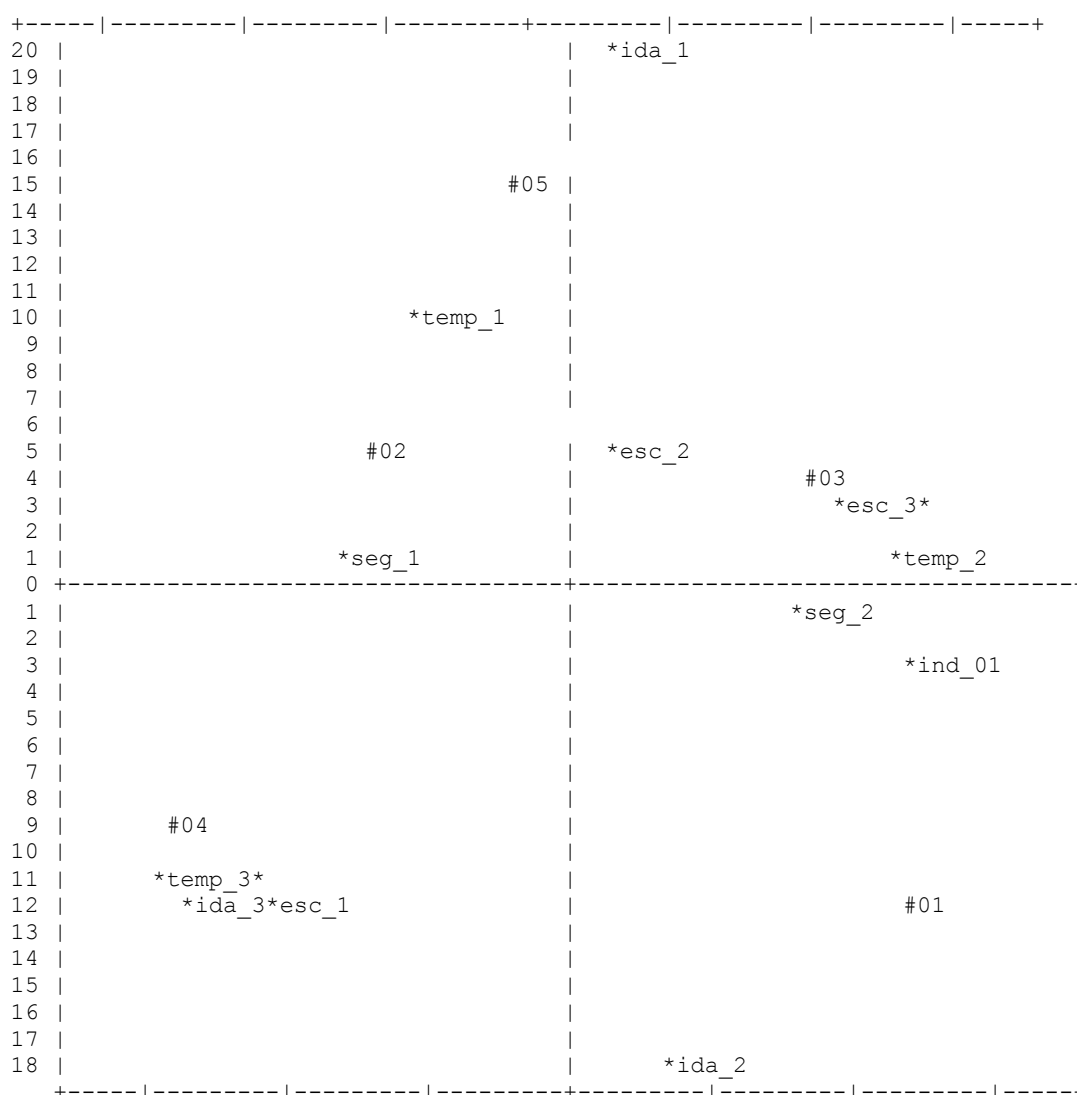
Essa classe trata, ainda, do rebaixamento do papel do “conselho” manifestado pelo próprio “conselheiro” que não se “vê” autoridade. Manifesta-se uma concepção de Conselho pedinte, à espera das autoridades, numa relação de levar e aguardar.

*Aqui até participar e difícil. Como e que participa se sempre as coisas não vem a claro. Esses dias veio aqui o subsecretario e definiu umas metas, eu como presidente do conselho, eu não fiquei sabendo. Não me avisaram (CR3).*

*Isso é um absurdo. Eu fiquei indignado. Eu não sou autoridade, mas eu sou presidente do conselho. Eu tinha de ser o primeiro a ficar sabendo. Porque as pessoas, a sociedade desiste, a gente ajuda, ajuda, ajuda, quando e para participar de alguma coisa, de um evento ou de uma organização: olha o Secretario vem prometendo as coisas, vocês vão ver (CR3).*

*Vivo na luta, estou com um bocado de ofício aí, pedindo. Entra administrador, sai administrador. [...] O instituto de saúde mental também tem um projeto. Agora só falta todo o governo dar o apoio.*

*A relação do conselho regional de [...] com o conselho distrital e o seguinte, nos, eu quando fui conselheiro, nos temos a melhor parceria possível. Nós encaminhamos nossas reivindicações, fomos recebidos pelo secretário, eu consegui levar várias pessoas, o [...] levei o administrador, levei pessoas da comunidade, levei todas as nossas necessidades (CR3).*

4.1.2.1 Análise fatorial do *corpus* dos conselheiros regionais

**Figura 4:** Análise fatorial de correspondência do *corpus* dos Conselheiros Regionais

A análise fatorial de correspondência permite observar as posições originárias da classificação hierárquica descendente. A figura 4 mostra a projeção das palavras analisadas com associação das variáveis suplementares (anexo VII) distribuídas nos diferentes quadrantes, bem como as cinco classes analisadas, anteriormente. Constata-se que os discursos dos sujeitos se distribuíram nas diferentes regiões, de forma não aleatória, e corresponde às cinco classes do *corpus* analisado.

Foi possível apreender duas dimensões nas diferenciações grupais acerca da representação do controle social nesse *corpus*. A primeira diz respeito ao tempo de

permanência dos conselheiros no Conselho, ou seja, os conselheiros com menor tempo de permanência nos conselhos (de um a cinco anos) enunciam que a representação do controle social apresenta-se fundamentado na percepção de maior necessidade de participação social e valorização do planejamento como estratégia para melhoria do sistema de saúde. Por outro lado, os conselheiros com maior tempo de permanência nos conselhos demonstram que a representação do controle social é de fragilidade. Nessa lógica, essa representação embasa-se na compreensão de que possui pouca força, sobretudo no que tange a deliberação das políticas de saúde.

Uma segunda dimensão diz respeito ao grau de escolaridade. Os conselheiros com maior nível de escolaridade apresentam uma visão mais crítica do sistema de saúde, isto é, enunciam a precariedade dos serviços de saúde, a falta de serviços especializados, dentre outros. Todavia, são eles também que reivindicam mais fortemente o acréscimo de serviços privados para ao SUS. Já os conselheiros com menor grau de escolaridade encontram-se mais voltados à resolução dos problemas cotidianos dos conselhos, ou seja, a sua relação com alguns segmentos sociais, os contatos com a secretaria de saúde, administração, dentre outros.

Nota-se, porém, uma proximidade entre os discursos dos conselheiros com maior escolaridade e tempo médio no Conselho com aqueles com menor escolaridade e maior tempo. Do ponto de vista sociocultural, pode-se inferir que àqueles que têm maior nível de escolaridade e menor tempo detêm maior força para participar da condução das políticas de saúde. E àqueles com menor nível e mais tempo acomodam-se à resolução das demandas mais pontuais, ou seja, se ocupam mais das práticas burocráticas.

#### 4.1.3 Representações Sociais dos Conselheiros Distritais acerca do Controle Social em Saúde no DF- Análise do Dendograma das classes estáveis do *corpus* dos Conselheiros Distritais

A análise dos resultados, constituída pelo *corpus* de 2 unidades de contexto inicial (u.c.i.), ou entrevistas e processados pelo *software* ALCESTE, apresentou uma divisão do *corpus* em 184 unidades de contexto elementar (u.c.e.), o que, após a redução dos vocábulos às suas raízes lexicais, obteve-se do *corpus* analisado, um total de 94 u.c.e, correspondendo a 51,09% do total.

O Dendrograma das classes estáveis do *corpus* Conselheiros Regionais (Figura 3) representa a distribuição das sete classes das Representações Sociais dos Conselheiros Distritais, observadas nesse grupo. Nesse Dendrograma, observa-se a relação entre as classes,



**Tabela 10:** Atenção Primária como política externa

<b>Classe 1</b>		
<b>Atenção Primária- política externa</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Família	7	22,06
Cobertura	7	22,06
Primária	8	21,01
Equipes	5	15,40
Médico	4	12,19
Ano	4	12,19
Modelo	4	12,19
Básica	5	11,26
Atenção	5	11,26
Atendimento	6	11,25
Centro	8	10,29
Mudança	4	5,70
Saúde	15	5,25
Necessidade	3	3,97
Física	3	3,30
Goiás	2	2,76
Cidade	4	2,75
25,53 % de variância explicada pela classe		

Essa classe aborda as propostas declaradas para resolver o problema da “atenção” “primária”, que não tem conseguido atender ao impacto da demanda (necessidades), cujo crescimento se deu de forma explosiva. Assim, declara-se a necessidade de aumentar o numero de “médicos” e das “equipes de saúde da família”. Refere-se a treinamento dado aos “médicos” para fazerem o “atendimento” “primário” e integrem as “equipes” de saúde da família. Refere-se, aqui, ao profissional “médico”, quando se fala em “equipe”.

*A nossa ideia e ter ali, nessa cobertura 100 por cento que estamos implantando. Ter como modelo, para depois, seria um piloto da nossa estratégia de focar, o fortalecimento da atenção primaria para na visão hierarquizada de saúde a gente deshospitalizar a nossa clientela, porque hoje, como sempre, o programa de saúde da família não funciona nos centros e acabam não tendo condições de receber esse impacto (CDF1)*

*Então a população cresceu de uma forma explosiva e a nossa rede física não se expandiu na proporção que deveria. E nem muito menos a cobertura dos programas de atendimento básico. Então veja, se eu for considerar a ride, mais 1.500 (CDF1).*

Mostra-se, nessa classe, o desconhecimento de representante de gestores sobre o funcionamento do SUS e sobre algumas de suas políticas. Demonstra-se dificuldade de compreensão do papel da regulação no atendimento, evidente quando se refere à referência e

contra referência; ao se abordar o aspecto da qualificação do profissional para o saúde da família denomina-se “treinamento” quando existe uma política do MS de Educação Permanente para os profissionais, e quando se refere somente ao médico, ao se falar de “equipe”.

*Nós treinamos 80 médicos para fazer o atendimento primário integrar as equipes de saúde da família e saltamos para melhorarmos a cobertura (CDF1)*

*Existe uma quebra nesta articulação da atenção básica com a especializada. Nessa época que a gente tinha um quadro mais completo, a gente tinha uma facilidade muito maior na referencia e contra referencia, e alem do que a impressão que eu tenho e que era uma medicina mais simples em algum momento, então assim (CDF2).*

Revelam-se, pelos discursos, que a “atenção” “básica”, ou “primária” é entendida como uma política externa à Secretaria, oriunda do Ministério e que, portanto deve ser cumprida. Essa ideia é reforçada pela demonstração de desconhecimento do “plano” de saúde do DF, da sua dinâmica de elaboração e função.

*Então agora a ideia de mudar o modelo de fazer, mudar com a saúde da família, trazendo essa proposta do Ministério, da saúde da família, é um pouco isso (CDF2).*

*O plano de saúde quando eu entrei, já tinha sido elaborado. Eu te confesso assim que ate, e uma boa pergunta. Nós temos de atualizar esse plano de saúde a cada ano (CDF1).*

*Ate porque nos estamos muito mal posicionados no ranking nacional dessa cobertura de saúde da família. Atendimento primário. Então o que a gente está tentando, olha só o nosso drama, acossados pelo Ministério Publico, tem de fazer concurso publico, fizemos (CDF1).*

A segunda construção, ou **Eixo 2**, fala de um **modelo de gestão** no qual aborda dois aspectos. O primeiro é quanto ao processo participativo, que deve ser mediado pela ouvidoria e não pelo Conselho, reforçando a audição como instrumento de diálogo. O importante é saber sobre a satisfação do usuário, pois esse é visto como alguém fora do sistema e não como integrante dele. Reafirma-se a opinião de que o Conselho é uma instancia antes de tudo, corporativa.

O segundo aspecto abordado neste eixo refere-se à atenção à saúde. Esse modelo de gestão, apresentado no *corpus*, recoloca a privatização como saída para uma situação caótica com sérias deficiências no acesso à saúde, por falta de médicos, de hospitais e em decorrência



da pressão exercida pelo processo de judicialização da saúde. Com esses argumentos justifica-se a necessidade da compra de serviços privados.

Esse eixo é formado pelas classes 2,5, 6 e 4, apresentadas nas tabelas 11, 12, 13 e 14, respectivamente. Nestas tabelas são apresentadas as classes seguidas das principais palavras que as compõem com a frequência e o  $X^2$  dessas palavras.

Nesse eixo, as classes mais próximas são a 5 e a 6, com um a relação  $R=0,8$ . A relação de proximidade dessas classes com a 2 é de  $R=-0,68$  e das classes 5,6 e 2 com a classe 4 é de  $R= 0,5$ .

### **Classe 2 – Processo participativo mediado pela ouvidoria**

Essa classe trata da construção de argumentos para a defesa da ouvidoria como mediadora entre a Gestão e a população. Mostra a intenção de se procurar o MS para propor parceria na qualificação da ouvidoria. Explicita-se a priorização da fala do usuário via ouvidoria e lamenta-se que essa escuta, ainda, tem sido pequena justificada pela pouca participação do usuário. Lamenta-se que os usuários não são tão ativos.

**Tabela 11:** Processo participativo mediado pela ouvidoria

<b>Classe 2</b>		
<b>Processo participativo e ouvidoria</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Usuário	6	48,36
Ouvidoria	4	18,74
Serviço	5	15,88
Formar	5	13,74
Etc.	2	9,06
Parte	3	9,10
Ministério	5	9,18
Coisa	4	7,33
Ideia	2	5,93
Espaço	2	5,93
Fazer	4	3,87
Dessa	4	3,87
Regional	2	4,09
Mudar	2	2,90
Começar	2	2,90
Acontecer	2	2,90
Vai	3	2,35
Necessidade	2	2,08
11,70 % de variância explicada pela classe		

(...) Então, assim, a ideia que a ouvidoria seja essa coisa que congregue essa audiência do usuário que ele quer em termos de serviços (CDF2).

Uma coisa que a gente está pensando, também, e com o apoio do Ministério da Saúde é uma ampliação do espaço da ouvidoria. Então está sendo muito potencializado aqui, as coisas que chegam do usuário via Ouvidoria está sendo tratada de uma forma, dado uma prioridade mesmo a resposta a essas, ao que chega via Ouvidoria, mas a gente queria que eles fossem mais ativos (CDF1).

E dar um espaço maior para ouvidoria, até através não só de denúncias, queixas, reclamações, elogios, sugestões, como também a pesquisa de satisfação do usuário e até a pesquisa de imprensa, que é outra coisa que a ouvidoria vai começar a fazer (CDF2).

### Classe 5 – Aumento da demanda frente ao tamanho e a estrutura da rede

Essa Classe apresenta 10,64% das palavras analisadas no *corpus* que são: hospitais – plano – fato – dos – regionais – começar – necessário – OS – distrito – federal – gente – estados – faz – fica – população – principalmente – acesso – Brasil – conseguir.

**Tabela 12:** Aumento da demanda X Tamanho e estrutura da rede

Classe 5		
Aumento da demanda X Tamanho e estrutura da rede		
Palavras	<i>f</i>	<i>X</i> <sup>2</sup>
Hospitais	5	35,63
Plano	4	26,73
Fato	3	26,03
Dos	5	13,93
Regionais	3	13,54
Começar	3	10,45
Necessário	2	10,23
OS	6	9,15
Distrito	3	8,26
Federal	3	6,64
Gente	7	7,47
Estados	2	6,81
Faz	4	4,82
Fica	2	4,79
População	3	5,39
Principalmente	2	4,79
Acesso	2	2,56
Brasil	2	2,56
Conseguir	2	2,56
10,64% de variância explicada pela classe		

Aborda-se, nessa classe, a estrutura da rede de saúde do DF, bem como sua relação com o aumento da demanda. Fala-se dos “Hospitais” “Regionais” e das boas estruturas que eles possuem inclusive se comparados ao resto do “Brasil”. Afirma-se que, anteriormente, estes hospitais davam conta de atender as “necessidades” da “população”, porém, com o aumento da população, o espaço dessas unidades ficou pequeno.

*Porque os hospitais regionais são muito bons. Então é muito com os hospitais regionais, na regional de cada um. Os hospitais regionais são excelentes, assim comparados com o Brasil inteiro (CDF2).*

*Os hospitais regionais cada um deles dava conta de todos os aspectos, de todas as especialidades que eram necessárias, para a referência do centro de saúde. Atualmente, a população foi crescendo muito, e até o espaço físico dos hospitais começou a ficar pequeno, até para o número de especialidades que a gente tem que passar a ter (CDF2).*

Mostra-se perplexidade em relação ao grande aumento do fluxo, e justificado como um obstáculo às mudanças necessárias. O grande aumento da demanda é também apresentado como um dificultador para a contratação de mais profissionais e de mais serviços.

*E claro que se você faz uma avaliação, por exemplo, tem tanta falta que a gente fica até sem graça, mas todos eles têm muitos problemas, e principalmente, o maior problema dos hospitais regionais é esse fluxo tremendo de pessoas e aí você não consegue nunca interromper qualquer tipo de atendimento para fazer reforma hidráulica, elétrica, reestruturação, começa cair aos pedaços (CDF1).*

*Então, assim, está carregando a folha muito rápido. E de fato o que acontece, o Distrito Federal está quase no limite prudencial da lei de responsabilidade fiscal. Por outro lado, a população está aumentando tremendamente, não tem hospital privado para gente contratar, porque no Distrito Federal, da totalidade de leitos que o Distrito Federal tem, 35% são privados, todos os outros são estatais (CDF2).*

## **Classe 6 – Modelo de Gestão da saúde- dissonância entre Conselho e Gestão**

Essa classe responde por 10,64% do total do *corpus* e as palavras-força dessa classe são: mundo – entendeu – querer – fica – teve – atualmente – preocupação – necessário – diz – Conselho – população – coisa – vai – acesso – contrato – distrital – necessidade – acho.

**Tabela 13:** Modelo de Gestão – dissonância entre Conselho e Gestão

<b>Classe 6</b>		
<b>Modelo de Gestão- dissonância entre Conselho e Gestão</b>		
<b>Palavras</b>	<b><i>f</i></b>	<b><math>X^2</math></b>
Mundo	4	35,09
Entendeu	4	21,16
Querer	5	15,88
Fica	3	13,54
Teve	3	13,54
Atualmente	2	10,23
Preocupação	2	10,23
Necessário	3	8,26
Diz	3	6,24
Conselho	6	4,88
População	3	5,39
Coisa	3	3,63
Vai	3	2,98
Acesso	2	2,56
Contrato	2	3,47
Distrital	2	2,56
Necessidade	2	2,56
Acha	3	2,01
10, 64 % de variância explicada pela classe		

Trata-se, aqui, das divergências entre a gestão e o Conselho quanto ao modelo de gestão da saúde no DF. Argumenta-se que a população quer ser atendida e não interessa a ela saber se o atendimento é público ou privado, ou se o contrato dos profissionais é de estatutário ou celetista. Assim, reduz-se a posição do conselho como sendo corporativa e descolada das necessidades da população.

*Quer dizer, uma coisa super antiética, pois ele está totalmente contra a OS. Porque ele acha que todo mundo tem que ser estatutário. Então ele bate nesse ponto e eles são contra qualquer contratação de serviço privado e esse é o ponto, tem sido o foco do Conselho (CDF2).*

*Então a preocupação maior do Conselho tem sido na coisa de recursos humanos, que todo mundo seja estatutário, que não pode contratar ninguém, que só contrate quem foi concursado (CDF1).*

*Quanto mais eu converso com todo mundo, acho que está acontecendo em todos os lugares, um sitramento corporativo do Conselho (CDF2).*

*Teve um descolamento da preocupação do Conselho da preocupação da população, entendeu? (CDF2).*

Fala-se que os serviços não são suficientes porque a população nunca está satisfeita com o que oferece. Essas ideias são construídas no sentido de menosprezar o direito da

população em querer um atendimento melhor, e no sentido de desqualificar o Conselho, por defender a saúde pública de qualidade.

*Porque quanto mais você der, muito mais a pessoa vai querer. Então assim, por outro lado, quem chega a ser atendido, quer dizer na hora eles estão esperando, está todo mundo danado da vida, e todo mundo muito insatisfeito, depois que eles são atendidos fica todo mundo muito satisfeito com o atendimento que teve (CDF1).*

*Porque se você pensar de verdade, a população quer ser atendida. Como é que ela vai ser atendida? Tanto que nos outros estados todos, a população é atendida, e isso é um dado real, 58% dos leitos do Brasil que trabalham para o SUS, que estão a serviço do SUS, são privados (CDF2).*

*E a população não quer saber. O que ela quer saber e se ela tem acesso ou não tem acesso. Então aqui no DF você tem esse descolamento do conselho da necessidade da população (CD2).*

A **classe 4** responde por 17,02% das palavras analisadas desse eixo e aborda as justificativas levantadas para a **contratação de mais leitos de UTI privados**.

As palavras que mais se associam a essa classe são: UTI – rede – possui – pela – recuperar – leito – público – precisar – tenho – uma – dia – vida – enfim – falta – privado – vão – dos – falando.

**Tabela 14:** Contratação de leitos de UTI

<b>Classe 4</b>		
<b>Contratação de leitos de UTI</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
UTI	7	30,75
Rede	9	21,01
Possui	4	20,37
Pela	4	14,83
Recuperar	4	14,83
Leito	5	12,80
Publico	6	12,42
Precisar	4	11,18
Tenho	5	10,46
Privada	3	9,94
Uma	11	6,98
Dia	2	5,41
Vida	2	5,41
Enfim	3	4,94
Falta	3	4,94
Privado	4	5,30
Vão	2	3,22
Dos	4	2,59
Falando	3	2,60
17,02% de variância explicada pela classe		

Essa classe refere-se às pressões que a gestão sofre por mais leitos de UTI, tanto por parte da população como do Ministério Público. Argumentam que a saída é a contratação de mais leitos privados de UTI, até para dar tempo de recuperar os leitos da rede que não estão funcionando. A resistência do Conselho em ser contra esta medida faz com que a situação se agrave, como aconteceu na ocasião da gripe H1N1, em que o Conselho foi contra a contratação de leitos. Justifica-se que quando se está entre a vida e morte, a solução é a contratação da iniciativa privada.

*Acudindo telefonemas de pessoas que ligam pra mim e pedem pelo amor de Deus, que acham que eu tenho o poder de conceder uma UTI. Então é preciso que qualquer que seja o cidadão, independentemente de ter acesso ao Secretário, ao Ministério Público, a defensoria pública ou o advogado privado, que cada cidadão precisou de UTI, na rede pública ou na rede privada (CDF1).*

*Que os juízes que vivem nos impondo decisões judiciais, judicializando, portanto, o acesso ao SUS, e que acaba isso aí, se convertendo numa fundação de fila. Quem tem acesso ao advogado, ao defensor público ao promotor, consegue, pela decisão judicial, que ele tenha acesso a uma UTI, enquanto outras 40 pessoas estão aguardando a regulação definir o dia que ele vai ter (CDF2).*

*E o que você tem que fazer quando você depara com a morte iminente de um cidadão. Ou a gente contrata a iniciativa privada ou... (CDF1).*

*Pelo diagnóstico que nós fizemos, pelo levantamento pela análise que nós fizemos dos processos internos de cada hospital, nós chegamos a um ponto tal que falta a nossa rede essas dezenas de leito na UTI (CDF2).*

*Ter uma complementação, uma complementaridade de nossas ações específicas da rede com o setor privado até que tenhamos pelo menos tentado recuperar coisas que não fizeram lá para trás (CDF2).*

*Então assim, com a gripe, a gente precisava de ampliação de leitos de UTI e contratar leito de UTI privado é um Deus nos acuda, o Conselho só falta vir abaixo (CDF1).*

### **EIXO 3 – Conselho à parte do processo de tomada de decisão, subordinado à gestão do SUS.**

O **Eixo 3** representado pelas classes 3 e 7 faz referência ao **conselho como instância que não participa do processo de tomada de decisão**, explicitando que o seu papel deve ser exercido numa relação de subordinação à gestão.

As classes 3 e 7, desse eixo, tem uma alta relação (R=0,78) e juntas respondem por 24,47% do *corpus*.

Estas classes (3 e 7) estão representadas pelas tabelas 15 e 16, respectivamente.

### Classe 3

**Tabela 15:** Falta de estrutura para o Conselho

Classe 3		
Falta de estrutura para o Conselho		
Palavras	<i>f</i>	$X^2$
Funcionamento	5	32,90
Maneira	5	21,06
Sei	4	19,40
Dessa	6	10,26
Vou	2	7,26
Acho	5	6,61
Grande	2	7,26
Reunião	2	7,26
Conselho	8	7,27
Dificuldade	3	7,04
Vão	2	4,59
Deu	2	4,59
Estrutura	4	5,31
Trabalho	3	3,19
Secretaria	4	3,00
Precisa	2	2,05
13,83% de variância explicada pela classe		

A **Classe 3** refere-se à falta de condições para se garantir uma melhor estrutura para o Conselho. A classe tem uma representação no *corpus* de 13,83% e as palavras mais associadas a ela são: funcionamento – maneira – sei – dessa – vou – acho – grande – reunião – Conselho – dificuldade – vão – deu – estrutura – trabalho – secretaria – precisa.

Justifica-se a falta de apoio estrutural e físico ao Conselho, pelo fato da própria secretaria ser pouco estruturada e fragmentada do ponto de vista de infraestrutura física.

*Não temos conseguido assegurar estrutura para o funcionamento do Conselho como tantos desejassem, mas eu vou mostrar para vocês a maneira como nós trabalhamos, a própria Secretaria de Saúde (CDF1).*

*É muito ruim você trabalhar de maneira esquartejada, por exemplo, aqui está a sede. A subsecretaria de assistência à saúde funciona na 912. Então, quando precisa ter uma reunião de colegiado a dificuldade é muito grande, porque nós estamos despedaçados em diversos fragmentos, não é por força dessa falta de estrutura (CDF1).*

**Classe 7-** Essa classe refere-se ao **não reconhecimento do Conselho como instância de participação no processo de tomada de decisão**. Ela responde por 10,64% do *corpus* e é constituído das seguintes palavras: Conselho – SUS – visão decisão – pode – gestor –

nacional – exemplo – gerencia – organização – apresentação – importante – ao – política – principalmente – tentar – entendimento – Brasil.

**Tabela 16:** Conselho fora dos processos de tomada de decisão

<b>Classe 7</b>		
<b>Conselho fora dos processos de tomada de decisão</b>		
<b>Palavras</b>	<b>f</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Conselho	10	26,38
SUS	5	21,12
Visão	4	21,16
Decisão	4	21,16
Pode	5	18,24
Gestor	3	18,20
Nacional	3	18,20
Exemplo	4	14,25
Gerencia	2	10,23
Organização	2	10,23
Apresentação	2	10,23
Importante	2	10,23
Saúde	8	6,42
Ao	3	5,39
Política	2	4,79
Principalmente	2	4,79
Tentar	3	3,63
Entendimento	2	3,27
Brasil	2	2,56
10,64% de variância explicada pela classe		

O não reconhecimento do “conselho” como instância participante do processo de tomada de “decisão” é manifestado em vários momentos nessa classe. Tanto pelo desconhecimento do papel do Conselho, quando se declara que ele não é deliberativo, e por isso não subordina o “gestor”, quanto pela afirmação de que não está previsto na Constituição o papel do “Conselho” nas “decisões” e “políticas” públicas da “saúde”.

*Não é que ele não vem, insiste externar opiniões pessoais, ideológicas, visões de saúde, por exemplo, foram vários tipos que estiveram lá no Conselho Nacional de Saúde tentando derrubar a decisão do Conselho de Brasília (CDF1).*

*Entendendo que o Conselho de saúde ele não é deliberativo, ele, portanto não submete, não subordina o gestor principal (CDF2).*

*As decisões ou as políticas públicas gestadas no âmbito da Secretaria da Saúde ou a do próprio Ministério porque entendem que o Conselho teria um papel que não está previsto na Constituição e nas normas que institucionalizaram o SUS. Não é? (CDF1).*



Declara-se um desconhecimento ou descaso com as reuniões do Conselho, que não são pautadas, marcadas ou programadas.

*Teve uma reunião, uma plenária para poder organizar isso aí. Tem as plenárias gerais de conselheiros de saúde, mas eu te confesso que desde que eu estou aqui não aconteceu, a não ser essa que foi convocada visando principalmente essa caravana em defesa do SUS (CDF1).*

## 4.2 Resultado do questionário aplicado ao CSDF

Sobre o funcionamento dos conselhos regionais de saúde do DF, relata-se que as entrevistas não foram suficientes para informar alguns aspectos importantes, notadamente os que dizem respeito à relação entre o CSDF e os conselhos regionais. Assim, optou-se por aplicar um questionário à secretaria do CSDF, a fim de clarear determinadas questões (ANEXO I).

Observa-se que conforme dados do Conselho Distrital de Saúde do DF, atualmente existem 14 conselhos regionais atuantes e 4 em processo de renovação dos mandatos. Desses 18 conselhos, portanto, em funcionamento, somente 8 têm sede própria e 3, o CSDF, não dispõe de informação sobre esse aspecto (ANEXO I).

Estes dados, assim como outros, fazem parte de um relatório sobre a atual estrutura dos conselhos de saúde do DF, elaborado em recente reunião do Grupo de Trabalho (GT/DF) do Programa de Inclusão Digital<sup>14</sup> (PID), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Esse relatório (ANEXO VII), repassado à pesquisadora pela secretaria do CSDF, como anexo do questionário respondido, forneceu algumas informações que auxiliaram na compreensão da conformação dos conselhos do DF quanto às possibilidades de operacionalização das suas ações.

Observa-se, pelas informações do quadro 5 (ANEXO VII), que as condições para o funcionamento dos conselhos regionais são, em geral, precárias, considerando os aspectos, sede própria, presença de um técnico administrativo, apoio à gestão, telefone, computador, mobília, *internet* e impressora. Destacam-se insuficiência de funcionários técnico-administrativo para auxiliar nas atividades burocráticas, sendo que 10 dos 18 CRS não o

---

<sup>14</sup> O PID é uma parceira entre o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Departamento de Informática do SUS (Datusus). O programa surgiu durante a última Conferência Nacional de Saúde, em 2007. O objetivo do PID é fazer com que os conselhos de saúde incluam o controle social digital nas suas atividades diárias, utilizando a *Internet* para ter acesso a informações sobre saúde (BRASIL, 2010).

contam com esses profissionais; a escassez de computadores no Conselho, uma vez que 12 não possuem, assim como, somente 3 possuem mobília, 5 possuem *internet* e 2, dos 18 conselhos regionais relatados, possuem impressora.

No que diz respeito à estruturação dos conselhos regionais de saúde, como instâncias legais do SUS, a Secretaria do CSDF informou que os Conselhos Regionais foram estruturados com base nas diretrizes da Resolução nº 001 de 1995 do CSDF. Essa Resolução, segundo a Secretaria do CSDF, orienta que, em razão da peculiaridade do DF, como instância híbrida de Estado e Município, os regimentos dos conselhos regionais devem seguir as características de cada região, sendo as diferenças manifestadas, quase sempre em relação ao número de conselheiros. Assim, cada Conselho dispõe de Regimento próprio e não são subordinados ao CSDF, mantendo com esse uma relação de articulação, parceria, negociação, e de sinergia, conforme informação da Secretaria do CSDF. Essa secretaria informou, ainda, que o CSDF não dispõe de cópia atualizada dos regimentos dos conselhos regionais de saúde.

Outro aspecto, que se destaca da relação formal entre os conselhos regionais e o CSDF é sobre como se dão os trâmites entre eles no que concerne a deliberações e outras providências. A informação que se obteve, é que os conselhos regionais que decidirem encaminhar alguma resolução para ser submetida ao CSDF devem enviar juntamente com a resolução proposta, a cópia da pauta, da ata e do parecer dos conselheiros do respectivo Conselho Regional. As demais questões tratadas devem ser encaminhadas diretamente às instâncias locais, como conselhos gestores e unidades da RA, não necessitando passar pelo CSDF.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo, procedeu-se à análise e discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior em que foram identificados pelo *software* ALCESTE, os campos comuns ou campos consensuais acerca do controle social por diversos atores sociais que participam da formulação e da implementação das políticas públicas no DF.

De acordo com a teoria das representações sociais, quando se estuda um grupo social concreto, deve-se atentar pela parte consensual da representação, visto ser ela que define a identidade do grupo (GUIMARÃES e CAMPOS, 2007). Além disso, do ponto de vista da análise, foram observadas as diferenças interindividuais presentes nos resultados, indo além da categorização dos elementos encontrados, buscando, dessa forma, o posicionamento dos sujeitos face às dimensões sociais apresentadas.

Assim, percebeu-se que as condutas institucionalizadas e práticas do controle social em saúde no DF foram norteadas pelas representações e significados que os conselheiros de saúde e os gestores construíram socialmente na sua relação dialética com a realidade objetiva. Observou-se que essas condutas estão ancoradas nas hierarquias dos valores, nas percepções em relação a outros grupos e categorias e nas experiências sociais, anteriormente partilhadas (DOISE, 2002).

Dessa forma, partindo-se de um dos princípios do ALCESTE que é o de aglutinar trechos do discurso aparentemente diferentes no enunciado, mas significativamente próximos em um núcleo de sentido (CAMARGO, 2005), podem ser identificados os campos representacionais ou eixos, presentes nos *corpus* analisados.

A discussão dos conteúdos das representações sociais acerca do controle social, portanto, se deu orientada pelo referencial teórico e metodológico apresentado, no qual as categorias democracia e politicidade nortearam o processo de análise.

### **5.1 As Representações Sociais dos Gestores acerca do controle social em saúde no DF- Fragilidade do poder dos conselhos, defesa da privatização, atenção básica: intenção e prática**

Esse *corpus* caracterizou-se por apresentar três campos representacionais que foram assim nominados: (1) a fragilidade do poder do controle social, (2) a defesa da privatização da saúde, a desqualificação do Conselho e proposta da ouvidoria como alternativa de participação; (3) a atenção básica como modelo periférico: discurso intenção e prática, e a

defesa da OS como modelos de gestão do SUS.

Observa-se que a representação dos gestores é do controle social como “apêndice”, e está ancorada numa visão de modelos de gestão e de participação social em saúde, autoritária e burocratizada. É mister destacar que os gestores evidenciam que existe uma frágil relação entre os conselhos distrital e regional.

Ademais, pelos resultados apresentados, as ideias-forças desse *corpus* foram a construção de um discurso de desqualificação do SUS no DF, como um sistema ineficiente e sucateado, a negatização da capacidade formal, técnica e política dos conselheiros para intervirem, qualitativamente, nos rumos do SUS no DF, justificando-se, assim, a defesa da ampliação da compra de leitos hospitalares e da adoção da Organização Social (OS) como modelo de gestão hospitalar da SES-DF.

#### 5.1.1 A fragilidade do poder dos conselhos

Abordam-se aqui as ideias-forças presentes nos discursos dos gestores que levaram à construção desse *corpus* que trata do campo representacional relacionado à fragilidade do controle social como poder na saúde. Essas ideias foram: os Conselhos se posicionam mais como entraves do que como parceiros da gestão; os conselhos se constituem como instrumentos de uso político por determinados grupos, categorias ou partidos e têm tido uma ação mais corporativa do que de representação popular; e a defesa da ouvidoria como o lócus privilegiado de participação.

Com o avanço do setor de saúde e sua consolidação como um dos principais campos de ação do Estado e das cidades destaca-se no discurso do governo uma ênfase à chamada “questão gerencial” como um problema a ser enfrentado na construção do SUS (TEIXEIRA, 1991).

No entanto, a realidade, ainda observada na gestão e gerência dos sistemas e estabelecimentos de saúde no Brasil, quer de hospitais ou de serviços de atenção básica, é a de baixa profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa e a de uma cultura organizacional patrimonialista, autoritária e burocratizada (TEIXEIRA, 1991).

Observa-se que nesse eixo, o *corpus* dos gestores explicita uma resistência à participação mais ampla da sociedade, bem como à efetiva divisão do poder na gestão dos bens públicos em saúde. Essa concepção, acompanha uma tendência nos serviços públicos no Brasil em que, para Avritzer (2006), a participação popular nas deliberações das ações e

serviços do governo, ainda não é bem aceita por parcela considerável de gestores, ressaltando que, em diversas áreas, as decisões não passam por espaços como os conselhos.

Por outro lado, gestores e funcionários públicos, hierarquicamente bem colocados têm sido ao longo da história da administração pública brasileira, atores privilegiados para a tomada de decisão, detendo a maioria dos recursos de poder e atuando sem a participação e fiscalização da população usuária ou beneficiária (ALVES, 2004).

Para Almino (1986), o autoritarismo administrativo, também se revela no confisco das informações (segredo) pelos governantes e funcionários, o que revela uma relação inconciliável com a construção democrática nas instituições públicas, em que os cidadãos ficam sem acesso às decisões do Estado.

Compartilha-se com Jardim (1999) que um dos fortes componentes da prática do controle social das políticas públicas é o *accountability*, como mecanismo de aproximação entre os cidadãos e a ação dos governantes, possibilitando, aos primeiros, associar as decisões com os interesses da população em um contexto que favoreça a alteração dos rumos propostos, se for o caso.

Assim, faz-se necessário avançar na elaboração de estratégias voltadas ao fortalecimento da capacidade político-gerencial do SUS, que supere o clientelismo político e a interferência político-partidária, ainda muito presentes na condução dos sistemas e das Unidades de Saúde no Brasil (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Ressalte-se que tais aspectos, aliados à baixa cultura de participação no Brasil, têm levado a uma grande concentração de poder nas mãos do executivo, dificultando o funcionamento dos conselhos.

Portanto, essa herança conservadora na condução dos sistemas de saúde e das organizações confronta-se com a necessidade de desenvolvimento de habilidades e de qualificação para as novas funções que a administração pública exige. Essas habilidades demandam a construção de sujeitos capazes de alterar o sentido do cuidado em saúde e de atuarem nas dimensões política, organizacional e de processo de trabalho como campos da gestão e pelas quais devem operar as mudanças dos modelos de atenção (PAIM; TEIXEIRA, 2007, PIERENTONI; VARLLA; FRANÇA, 2004, MERHY, 1994).

Entende-se, portanto, que a relação de poder estabelecida entre o controle social e a gestão deve adquirir uma dimensão politizadora, norteadas para a construção da cogestão entre Estado e sociedade (CAMPOS 2007). Dessa forma, impõe-se, como desafio de uma nova democracia institucional, favorecer a criação de espaços coletivos que ampliem os ambientes tradicionais da política com outra lógica de distribuição de poder.

Esses sistemas propõem um alargamento da capacidade de direção que envolva o conjunto das pessoas de um coletivo e não só o núcleo central da instituição. Para isso, faz-se necessário a redefinição de responsabilidades para a comunidade, gestores e trabalhadores, numa perspectiva de reflexão crítica e constituição de sujeitos sociais (CAMPOS 2007).

Outro aspecto analisado nesse eixo foi o rebaixamento do papel dos conselhos identificado na formulação do *corpus* dos gestores, quando esses propõem substituir ações do Conselho por uma maior valorização da ouvidoria. Essa formulação é justificada, pelo entendimento de que o conselho tem desvirtuado a capacidade de representação mais ampla de segmentos sociais, uma vez que, na opinião dos gestores, essas instâncias tornaram-se espaços dominados por corporações de trabalhadores e por grupos ideológicos.

Reconhece-se que a ouvidoria do SUS como parte integrante da SGETS/MS consiste em um canal democrático e de estímulo à participação comunitária. Dessa forma, contribui para aumentar as informações em saúde e a conformação de ações que resultem em melhorias para o SUS (BRASIL 2007). Entretanto, os conselhos têm atribuições para além das definidas para a Ouvidoria, uma vez que, como parte do executivo, atuam de forma institucional na formulação e no controle das políticas para a área da saúde.

Ressalte-se que, alguns fatores influenciam o exercício democrático do controle social por meio dos conselhos de saúde. De acordo com Avritzer (2006), o interesse de participação demonstrado por ativistas e lideranças sindicais e populares e de outros grupos da sociedade, aliado à possibilidade de exercício da participação, são fatores decisivos para o funcionamento desses espaços. Para Cortes (2007), o acesso aos espaços de decisões na administração pública está vinculado a aspectos como a atuação dos atores envolvidos e a características institucionais, definidas por padrões de comportamento e de ação política, historicamente, construídos.

Nesse sentido entende-se que a capacidade de mobilização e a força dos movimentos sociais e sindicais garantem ou não a participação de representantes com legitimidade e autonomia nos conselhos.

Assim, considera-se que o avanço da democracia participativa no Brasil demanda a repolitização de atores e práticas sociais em todos os espaços. Por isso, requer um alargamento da mobilização de setores interessados para que, por meio de um movimento contínuo, possam construir e reinventar organizações coletivas numa perspectiva emancipadora (SANTOS, 2009).

Dessa forma, a compreensão sobre o controle social na saúde manifestada nesse campo representacional pelo *corpus* dos gestores revela práticas de gestão autoritárias que

concorrem para a constituição de sujeitos sujeitados, ou seja, destituídos de capacidade política e organizativa. Destaca-se que essa concepção confronta-se com esforços contra-hegemônicos de parcela da sociedade, calçados em valores democráticos e participativos, presentes no processo de construção dos conselhos de saúde.

### 5.1.2 A defesa da privatização da saúde

A defesa da privatização é identificada nesse *corpus*, pela concepção de modelos de atenção, assim como por modelos de gestão à saúde manifestada pelos gestores.

As ideias-forças identificadas nesse campo representacional são: a insuficiência de serviços de atenção secundária, considerados pelo grupo como prioritários para a solução dos problemas de saúde da população; a pressão por parte dos usuários para a abertura de mais serviços de saúde; as dificuldades legais para a contratação de mais profissionais para o serviço público de saúde e o aumento desordenado e rápido da população do DF e de seu entorno.

Percebe-se que a posição apresentada por esse *corpus*, nesse campo representacional, ancora-se em conceitos que se relacionam com o processo de descentralização da saúde no DF, no qual o direcionamento principal da gestão e da organização do sistema de saúde foi voltado para a estruturação e garantia de funcionamento dos hospitais regionais das Regiões Administrativas.

Essa lógica de descentralização do sistema de saúde foi orientada pela organização político-administrativa do governo do DF e suas particularidades como unidade da federação que abriga a capital federal. Assim em um contexto no qual os núcleos urbanos do DF não se constituem como cidades autônomas (GDFb, 2010) configura-se na área da saúde uma relação a qual a estrutura administrativa do SUS no DF, tanto dos hospitais regionais e demais unidades de saúde, assim como dos conselhos regionais são vinculados diretamente ao nível central da Secretaria de Saúde.

Reconhece-se que, de acordo com a contextualização do cenário do estudo, o adensamento populacional intenso e desorganizado, tem levado a sérios problemas relacionados à execução de ações de saúde, somados à crescente desigualdade sócio econômica que configura a região metropolitana de Brasília.

No entanto, opina-se que para o enfrentamento dos problemas que envolvem a organização dos serviços de saúde, num contexto de dificuldades crônicas e agudas, faz-se

necessário uma maior aproximação do poder público por meio do diálogo ampliado com os atores locais.

Por outro lado, a organização dos serviços de saúde do DF, demonstrada pela representação neste *corpus* dos gestores, é vista como um “caos instalado” – expressão usada pelo grupo, justificada pela não resolutividade dos hospitais regionais e pela superlotação dos prontos socorros. Quanto à atenção básica, constata-se que embora presente em alguns discursos, está ausente como referência para a organização das políticas de saúde para o DF ilustrada pela baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família nesta região (GDF c, 2010).

Essa compreensão destoa-se da Política Nacional de Atenção Básica que preconiza a centralidade da AB para a organização dos serviços de saúde e como a porta de entrada preferencial do SUS, e define a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

Essas concepções tornaram-se, assim, justificativas para a compra de mais serviços privados de saúde como alternativa para a condução do sistema público de saúde no DF, explicitando o que para Menicucci (2007), consiste na consolidação de um sistema de saúde dual no Brasil, no qual a decisão dos implementadores em um contexto concreto, econômico-político e institucional, evidencia o distanciamento entre as concepções iniciais da reforma sanitária e o desenho de como está sendo implementado o SUS no Brasil.

Reconhece-se, no entanto, que a realidade posta para esta cidade-região, como se refere Klink (2001) à nova conformação de aglomerados urbanos no Brasil, requer para a saúde a ampliação da assistência em todos os níveis, questionando-se, entretanto, os rumos propostos pela gestão, representada neste estudo pelo *corpus* analisado.

Nesse aspecto, questiona-se se a escolha dos caminhos percorridos para a melhoria da oferta de serviços de saúde no DF seguiu a orientação definida pelo SUS, que é a de priorizar os serviços públicos, em seguida os filantrópicos e, por fim, se recorreria à compra dos serviços privados. Igualmente, considera-se que o DF, mesmo com todas as vicissitudes já mencionadas, que envolveram o seu povoamento e urbanização, se constitui como um *locus* privilegiado para a organização dos serviços de saúde, uma vez que a constituição do sistema de saúde, desde a fundação de Brasília, foi pensada como uma lógica descentralizada de funcionamento e pela ampla rede pública de serviços, ali instalada (GDFc, 2010).

Outra questão que aparece na discussão desse campo representacional se refere à defesa da OS como uma modalidade preferencial para a gestão hospitalar. Alguns argumentos foram construídos pelos gestores nesse *corpus* sobre esse tema. Um deles é o de que, para a população, não interessa a natureza da instituição, se pública ou privada, ou se o contrato



trabalhista é de estatutário ou celetista. Argumenta-se que essas experiências de gestão por OS têm sido difundidas no Brasil com bons resultados.

Essa matéria, como explicitado nesse eixo, foi palco de grandes debates entre a gestão e os conselhos nacional e distrital de saúde, resultando em um impasse, no qual a decisão do governo foi a de contratar esta modalidade de gestão para a administração de uma unidade hospitalar do DF, enquanto a posição do Conselho Nacional de Saúde foi contrária a esta posição. Observa-se que, inicialmente, nesse debate, o Conselho Distrital de Saúde do DF mostrou-se contrário à proposta de contratação da OS e, posteriormente, alterou sua posição, votando favorável a essa decisão, o que demonstra grandes contradições presentes nesta discussão.

Este tema insere-se no debate atual, no Brasil, sobre o surgimento do terceiro setor, como interlocutor com o Estado, e como representante da sociedade civil nas organizações, movimentos sociais, ONGs, associações comunitárias, fundações, entidades filantrópicas, “empresas cidadãs” etc. (GONH, 2000).

Para a autora, esse setor surge como um fenômeno complexo, diferenciado e contraditório, gerado por um associativismo que atua no poder local, tendo como propósitos tanto programas e projetos com conteúdo de emancipação dos setores populares e de construção de uma sociedade mais justa e igualitária, quanto propostas com conteúdos assistenciais, compensatórios com a lógica do mercado (GONH, 2000). Para Gohn (2000), esse debate aborda as possibilidades do alargamento das parcerias público/privado sem fins lucrativos com a expansão do espaço público não estatal.

Na área da saúde, a discussão sobre alternativas inovadoras para a gestão de unidades complexas, como no caso dos hospitais da rede própria do SUS, tem feito parte de diversos debates e conferências, tendo sido, inclusive uma das teses apresentadas durante a XIII Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2007).

Cabe ressaltar, que este tema é de grande relevância e insere-se na agenda de discussão sobre as novas configurações institucionais do SUS. Paim (2007) argumenta que este debate sobre a nova “institucionalidade” se justifica pelo fato de serem evidentes as diversas amarras decorrentes do atrelamento do SUS à administração direta do Estado. Dentre essas amarras, o autor menciona a descontinuidade administrativa, assim como intercorrências provenientes de interesses político-partidários, o que leva ao comprometimento das gestões dessas unidades, que ficam à mercê das particularidades de cada dirigente indicado. Igualmente, esse atrelamento político, associado às dificuldades impostas pela legislação vigente, condiciona as

licitações à compra de materiais e insumos, causando um transtorno no abastecimento destas unidades (PAIM 2007).

Todavia, deve-se atentar para o fato de que a constituição de gestões alternativas não deve ser confundida com privatização. Paim (2007) propõe para o debate, a proposta da modalidade de Fundação Estatal, como uma modalidade de gestão de serviços do SUS. Para o autor, essa modalidade de gestão está submetida ao controle público e democrático, atuando como gestão compartilhada com a sociedade, trabalhadores e governo. Por outro lado, observa-se que experiências com OS, na saúde, têm se mostrado desastrosas, uma vez que a essas modalidades são transferidas (portanto privatizadas), as responsabilidades sobre a gestão e recursos do sistema público de saúde, com tendência de desmonte e fragmentação do sistema (PAIM, 2007).

### 5.1.3 A Atenção Básica: intenção e prática

Este eixo do *corpus* dos gestores se constituiu na representação que esse grupo construiu sobre a qualidade da atenção básica para a assistência à saúde no DF.

As ideias centrais que conduziram a construção desse campo representacional estão relacionadas com a intensidade das declarações e ações envidadas pela Secretaria de Saúde e pelo governo do DF no sentido de verbalizar a priorização da AB como política de governo. Foram relatadas, para isso, diversas atividades, envolvendo outras secretarias de governo e áreas governamentais, em que os gestores da saúde tiveram oportunidade de se manifestarem sobre a importância da atenção básica.

No entanto, durante o percurso da construção deste eixo, foi observado que diversos conteúdos dos discursos e declarações de intenção se confrontaram com outros relatos que tratavam das condições de infraestrutura existentes para a realização das atividades de AB.

Essas contradições que permeiam a gestão pública da atenção à saúde no DF revelam as tensões, conflitos e interesses dissimulados, sobre os quais o discurso público que se faz está pleno de opacidade em seu conteúdo. Por um lado, o governo enaltece a AB com promessas e atos vazios como foi, por exemplo, a autorização não efetivada para a contratação de 195 equipes de saúde da família; por outro lado, os gestores apresentam um quadro caótico dos serviços de saúde do DF com ênfase justamente na ineficiência da estratégia de saúde da família, e na ineficácia de qualquer planejamento para essa área,

causada, principalmente, por uma situação descontrolada de “invasão” de usuários/pacientes oriundos das cidades conurbadas, de Goiás e de Minas Gerais e pela superpopulação do DF.

Contraditório, também, é o discurso sobre o mau funcionamento da rede de saúde do Distrito Federal. O aumento da procura por hospitais é apresentado como justificativa para o maior investimento em construção de leitos, em detrimento do fortalecimento da rede básica de saúde. Esse discurso é acompanhado da defesa clara do aumento da compra de serviços privados de leitos especializados, já mencionados no eixo anterior, uma vez que se constatam que os leitos públicos não são suficientes. Reporta-se, aqui, à discussão sobre transparência e opacidade na administração pública, a partir dos relatos explicitados. Observa-se que a opacidade, daquilo que se diz remete à existência de dois planos empíricos do discurso: o plano do discurso público, do enunciado literal e o plano da interpretação do real significado, do que foi dito (SILVA e ABREU, 2002). Assim, entende-se que nem sempre o que se pode ver ou ouvir é o que, de fato, acontece. Ademais, acrescenta-se a possibilidade empírica de um mesmo fenômeno ter diversos significados, o que equivaleria a dizer que tem vários usos e causas.

Portanto, nessa relação de assimetria de valores e interesses entre os atores da administração pública, situa-se o plano da interpretação que consiste na tentativa de se compreender, por meio do discurso público, as relações que envolvem a tensão, a aliança, a competição e o conflito que se “escondem” por detrás da representação pública. (SILVA e ABREU, 2002).

Ademais, a relação entre o discurso, a intencionalidade e a prática, reveladas no eixo em análise, expõe os limites da transparência governamental e mostram a barreira existente entre a sociedade e o Estado, no que se refere aos processos decisórios sobre as políticas de saúde no DF. Para Jardim (1999), o controle social em um Estado democrático demanda visibilidade da administração pelo cidadão, na qual o envolvimento nas decisões políticas está vinculado às informações publicizadas e à circulação dos aspectos que motivaram as decisões administrativas.

Assim, depreende-se que a capacidade de intervenção do conselho está vinculada, entre outros aspectos, ao conhecimento dos mecanismos, histórias e regras da gestão e do próprio conselho, uma vez que em todas essas instâncias situam-se um conjunto de conflitos, articulações e alianças que dão sentido às decisões.

## 5.2 As representações sociais dos Conselheiros Distritais acerca do controle social em saúde – A Atenção Primária como política externa e a privatização como solução para o caos na saúde

Para os conselheiros distritais, a representação do controle social na saúde do DF é demonstrada pelos eixos: (1) Atenção primária como política externa; (2) Compra dos serviços privados; (3) Conselho subordinado à gestão e à parte do processo decisório.

Observa-se que alguns aspectos apresentados nos campos representacionais do *corpus* dos conselheiros distritais, se aproximam dos encontrados no *corpus* gestores. Essa relação entre os achados pode ser justificada, uma vez que alguns dos gestores entrevistados são também conselheiros distritais. Entretanto, a ocorrência de campos comuns entre os *corpora* podem ter outras explicações, relacionadas às práticas institucionais.

Optou-se por analisar, nesse *corpus*, os aspectos que se diferenciaram do *corpus* dos gestores, notadamente aqueles relacionados com o campo representacional que aborda o conselho como instância subordinada à gestão. Portanto, reitera-se a representação social do controle social como “apêndice”.

Nesse eixo, duas ideias-forças se sobressaem: a que caracteriza o não reconhecimento do conselho como instância de participação no processo de tomada de decisão e outra que trata da falta de garantias de estruturas para o funcionamento do conselho.

Quanto à primeira apresentada, a representação do *corpus* dos conselheiros distritais sobre o controle social demonstra a contradição e a diversidade de interesses existente no interior dos conselhos. Na opinião desse grupo, o controle social deve subordina-se à gestão, uma vez que entendem que os conselhos não são instâncias deliberativas.

Reporta-se aqui, ao significado da participação para as autoridades como uma das dimensões abordadas por Cortês (2006) que concorrem para influenciar o processo participativo nos conselhos. Para essa autora, a atitude dos dirigentes em promover ou obstaculizar a participação nos conselhos, relaciona-se ao posicionamento político-ideológico desses administradores. Destaca-se, sobre este aspecto, que grande parte dos conselhos, no Brasil, são presididos pelos gestores.

Estudo apresentado por Goulart (2010) que compara as funções e processos de decisões em conselhos nacionais no Brasil revela que o Conselho Nacional de Saúde é exceção quanto ao aspecto da presidência não ser exercida por um membro do executivo (geralmente ministros ou um funcionário graduado do executivo).

Destaca-se, no entanto, que na área da saúde, a decisão de facultar a presidência dos

conselhos a outros atores diferentes do representante do Executivo também é recente, datando de 2006, quando da assinatura do Decreto Presidencial nº 5.839/2006 (BRASIL, 2006). Esse decreto passou, desde então a reger o Conselho Nacional de Saúde, e trouxe como inovação, a definição de processo eleitoral para a escolha dos representantes no conselho, inclusive, da presidência. Ademais, as últimas conferências nacionais de saúde têm recomendado para que não ocorra coincidência entre o presidente do conselho e o gestor.

Entretanto, quanto a esse quesito, grande parte dos conselhos de saúde no Brasil tem interpretado que as deliberações das conferências e do decreto são na realidade recomendações e não decisões, o que faz com que, ainda, em um número considerável de conselhos, os gestores permaneçam como presidentes.

Sobre esse tema, Goulart (2010) considera que o fato de alguns conselhos não serem mais presididos pelo secretário de saúde tem feito com que essas instâncias ficassem de fora do Poder Executivo, uma vez que nesse caso, a homologação das decisões não acontece por compromisso do gestor, mas por concessão.

Ademais, esse tema, apresentado neste *corpus*, insere-se em discussões atuais e dilemas ainda existentes sobre o papel dos conselhos e sua relação com a gestão. Sobre essa polêmica, Goulart (2010) opina que a atribuição de deliberação para o Conselho não é mais que um suposto poder, existindo na realidade um distanciamento entre o que é garantido legalmente e o que é realizado no exercício cotidiano das atividades dessas instâncias.

Para o autor, as práticas participativas, ainda incipientes no País, aliadas à necessidade de homologação, por parte do Executivo, da maioria das ações definidas pelos conselhos, são obstáculos reais para que a tomada de decisão, pelo Conselho aconteça (GOULART, 2010). Como proposta esse autor argumenta que o verdadeiro papel dos conselhos deve ser o de apoiar e sustentar, estrategicamente, as políticas de interesse coletivo, e que sua ação deve ser necessariamente, vinculada ao Estado.

Essa formulação se alinha e respalda a representação do *corpus* dos conselheiros distritais, quanto ao controle social, que considera os conselhos enquanto “apêndice” da gestão.

Pondera-se, portanto, que esse *corpus* ao considerar o conselho como um assessorio da gestão, demonstra uma concepção ancorada no conceito de cidadania regulada, na qual os cidadãos são vistos como sujeitos *sujeitados*, pertencentes a administrações burocráticas públicas e privadas Santos (2007).

Reporta-se, dessa forma, às reflexões de Santos (2007) sobre o conhecimento regulação na sociedade moderna que, no capitalismo, recuperou outras formas de

colonialismo, impedindo as possibilidades do conhecimento emancipação. Assim, para Santos (2007), o conhecimento regulação carrega um conceito monocultural e de unidade do saber e concebe a sociedade civil de forma monolítica, retraduzindo o conhecimento saber, em *ignorância*.

Opina-se que a representação desse corpus sobre o controle social, considerado como apêndice da gestão, ancorara-se nesse campo representacional, na concepção de democracia de baixa intensidade, marcada pela privatização do bem público pelas elites, em face do crescente distanciamento entre representantes e representados e por uma inclusão falseada pela exclusão social (SANTOS, 2002). Ademais, a fragilidade das práticas democráticas de baixa intensidade, ao lado da ampliação do campo político e de arenas para as demandas sociais, pode levar ao que Santos (2002) formula de possibilidade de cooptação por interesses e atores hegemônicos, às quais não estão imunes as práticas de democracia participativa.

Para esse autor, os atores sociais envolvidos nessas novas arenas de participação podem ser alvos da burocratização, do clientelismo e da partidarização, manifestadas por meio do "silenciamento ou da manipulação das instituições participativas" (SANTOS, 2002, p.75). A contraposição a estas ameaças hegemônicas passa pelo aprofundamento democrático como aprendizado e reflexões constantes.

A outra ideia força da qual trata esse *corpus* refere-se à falta de garantia de infraestrutura para o funcionamento do conselho. Ressalte-se que a lógica da relação entre o Conselho de Saúde do DF e os conselhos regionais é a mesma que orienta a relação do governo do DF com as Regiões Administrativas: de subordinação administrativa. Sendo assim, a responsabilidade em garantir estrutura para os conselhos regionais é, portanto, do governo do DF, conforme a Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003). Essa resolução, em sua quarta diretriz, determina que os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

No entanto, a realidade da relação entre o Conselho de Saúde do DF e os conselhos regionais de saúde caracteriza-se pelo descaso do primeiro em relação aos demais. Essa atitude é ilustrada pelo conteúdo do *corpus* analisado, assim como pelas informações da secretaria do CSDF, em que demonstra a situação de grandes dificuldades materiais, assim como de apoio político para que os conselhos regionais desempenhem suas funções.

Esse cenário indica que os conselhos regionais de saúde do DF não possuem estrutura e burocracia internas suficientes para a implementação de políticas de saúde, uma vez que não estão garantidas a eles nem mesmo as condições estruturais mínimas para funcionamento. A

implementação de políticas demanda o estabelecimento de regras e princípios formais para a gestão do sistema de saúde (SILVA; ABREU, 2002), e esta atribuição requer do conselho uma dinâmica de funcionamento e de organização que assegure o cumprimento das deliberações.

### **5.3 As representações sociais dos Conselheiros Regionais acerca do controle social – O foco na assistência, a participação como “vontade”, a falta de apoio da gestão, a distância do poder**

Os campos representacionais desse *corpus* foram identificados como sendo: (1) dificuldade de acesso à saúde e baixa qualidade dos serviços prestados e (2) o processo participativo e o baixo desempenho do Conselho enquanto controle social em saúde.

Observa-se, pela análise dos resultados, que houve um equilíbrio entre os eixos representados, sendo que o campo representacional ou eixo 1 sobre a dificuldade de acesso à saúde e baixa qualidade dos serviços prestados, apresentou 46,86% das palavras analisadas, e o campo representacional ou eixo 2 sobre o baixo desempenho do Conselho enquanto controle social em saúde, obteve 53,15% do total do *corpus*.

Esse equilíbrio entre os eixos e o conteúdo apresentado no *corpus* demonstrou a existência de considerável articulação entre as representações sociais, na qual se percebeu que em diversos momentos a discussão sobre as dificuldades de assistência e do acesso, estava associada tanto à baixa qualidade do atendimento, quanto à baixa participação da comunidade nos assuntos da saúde e à fragilidade do conselho em atuar como instância de deliberação de políticas.

#### **5.3.1 A dificuldade de acesso à saúde e baixa qualidade dos serviços prestados**

Observa-se que, nesse campo representacional, é explicitada uma consciência dos conselheiros regionais sobre os problemas enfrentados em relação à assistência e ao acesso aos serviços de saúde. Estes problemas se referem, principalmente, à marcação das consultas, ou ao acesso ao tratamento especializado. As causas dessa situação são atribuídas à insuficiência de médicos especialistas e à baixa capacidade resolutiva do PSF, o que resulta na superlotação nas emergências.

Outro aspecto apresentado com força nesse campo representacional é o da baixa qualidade do atendimento, relacionada, nesse eixo, com a deficiente qualificação dos

profissionais, principalmente dos médicos, sendo alegado um distanciamento, além de desconhecimento destes profissionais, sobre os reais problemas de saúde da população. A baixa qualificação dos médicos é, ainda, observada quando se aborda a conduta desses profissionais, para com os pacientes durante a consulta. Essa conduta é qualificada nesse campo representacional como descaso e falta de comunicação e informação.

Considera-se que, assim como na relação entre administração pública e sociedade, a relação profissional de saúde e paciente (ou usuário dos serviços públicos de saúde) deve ser presidida pela transparência e circulação da informação. Para Jardim (1999), a transparência da informação reflete na maior ou menor relação de confiança entre os atores envolvidos.

A baixa qualidade do atendimento é também atribuída nesse campo representacional, ao modelo de atenção realizado no sistema de saúde do DF. Para o *corpus* dos conselheiros, o modelo oferecido, no qual a centralidade dos investimentos é para a assistência de média e alta complexidade, não favorece a integralidade do atendimento, uma vez a maioria das demandas termina na emergência.

Observa-se que existe limitação, também nesse *corpus* sobre a compreensão dos caminhos que poderiam levar a uma melhora na assistência. A atenção básica é, também, representada aqui como um problema de difícil solução. Por isso, entende-se que pelo conteúdo deste eixo, a superação dos problemas passaria, principalmente, pela ampliação da assistência especializada, do número de leitos e pelo aumento do número de médicos.

### 5.3.2 Processo participativo frágil e baixo desempenho do Conselho enquanto controle social em saúde

Esse campo representacional foi o mais significativo do *corpus*, tanto pelo número das palavras analisadas, 53,15%, quanto pela amplitude das questões abordadas.

As ideias-forças desse eixo estão relacionadas à busca de estratégias que ampliem a capacidade de mobilização e de participação da sociedade nas questões relacionadas à saúde, principalmente na tomada de decisões. Nesse sentido, o conteúdo analisado desse campo representacional permitiu identificar um conjunto de aspectos que fragilizam a atuação da comunidade no controle social em saúde no DF, e também outros, que podem vir a potencializar essa ação. Dentre os que fragilizam essa atuação, se destacam: a relação Conselho-gestão-comunidade, na qual prevalece a atitude de desvalorização do Conselho por parte da gestão com o seu não reconhecimento, como instância de decisão. Ainda como componente dessa relação, enfatiza-se a falta de confiança e de credibilidade por parte da



comunidade em relação à gestão, assim como o reconhecimento da descontinuidade administrativa. Observa-se que esses fatores enfraquecem a gestão e o próprio Conselho junto à comunidade, pois se percebe que ocorre um rompimento do diálogo entre estes, para a elaboração de políticas para a saúde.

Por outro lado, o grupo de conselheiros regionais, nesse campo representacional, aborda que o processo participativo é aqui entendido, como a capacidade de mobilização de setores da sociedade para contribuir com a solução dos problemas de saúde. Igualmente, sobre as condições para a participação, esse *corpus* formula a necessidade da qualificação do conselheiro para o bom desempenho do conselho.

A compreensão sobre participação apresenta-se difusa no texto analisado, uma vez que essa aparece por diversas vezes nesse campo representacional, associada ao sentido de vontade individual, em que cada um faz a sua parte.

A mobilização, segundo Côtres (2007), está relacionada à capacidade organizativa dos representantes dos setores sociais, afetos à política do conselho, assim como pela natureza da organização e pela vida política da região em questão. Ainda para a autora, alguns determinantes interferem na natureza da participação, como as características institucionais da área de política pública da atuação do conselho, o grau de organização dos movimentos populares e sindicais e dos segmentos dos usuários, o significado da participação para as autoridades e a natureza da instância de decisão (como o conselho).

Observa-se que esses componentes propostos por Côtres (2007) estão presentes na representação do *corpus* dos conselheiros regionais, uma vez que foram relacionadas questões como: a necessidade de mobilização da comunidade; a transparência ou opacidade das ações da SES-DF; a preocupação com a maior participação dos usuários, como atores privilegiados de observação, escuta e formação de opinião; a representação do gestor sobre o conselho, como instância subordinada, e a natureza contraditória no interior do Conselho. A identificação dessas fragilidades revela a existência de uma consciência crítica por parte desse *corpus* sobre os entraves a serem enfrentados para a ampliação da participação e do papel dos conselhos de saúde no controle social da saúde no DF.

Ressalte-se que o desafio de fortalecimento da capacidade político-gerencial do SUS confronta-se com a herança conservadora na condução das organizações e do sistema de saúde no Brasil (PAIM; TEIXEIRA, 2007). A administração de sistemas e serviços de saúde exige a atuação de sujeitos com capacidade crítica para alterar o sentido do cuidado em saúde e para atuarem nas dimensões política, organizacional e de processo de trabalho nessa área (PIERENTONI, VARLLA; FRANÇA, 2004; MERHY, 1994).

Portanto, o desafio de qualificação da gestão e dos seus mecanismos gerenciais, apontados pela representação dos conselheiros regionais sobre o controle social da saúde do DF, aproxima-se da proposta de Campos (2007) de criação de espaços coletivos e sistemas de cogestão, que ampliem os ambientes tradicionais da política, com outra lógica de distribuição de poder. Neste sentido, a reorganização da gestão na saúde, no governo do DF demanda o alargamento da capacidade de direção, que envolva o conjunto das pessoas de um coletivo e não só o núcleo central da instituição (CAMPOS, 2007), fazendo-se necessário a redefinição de atribuições e responsabilidades para a comunidade, gestores e trabalhadores, numa perspectiva de reflexão crítica e constituição de sujeitos sociais.

Inserir-se neste debate a discussão de Santos (2002) sobre que democracia se pratica nas instituições públicas, considerando o modelo hegemônico de democracia praticado globalmente, a democracia liberal representativa. Para o autor, esse modelo de democracia é insuficiente para o desenvolvimento de uma democracia de alta intensidade.

No entanto, outros modelos têm se estruturado ao lado do modelo hegemônico, como a democracia participativa e a democracia popular, nos quais se aspiram a conquista de contratos sociais mais inclusivos e por uma democracia de mais alta intensidade (SANTOS, 2002).

Ademais, esse campo representacional, ao abordar a qualidade do Conselheiro como atributo essencial ao bom desempenho do Conselho, remete à reflexão sobre a politicidade e a qualidade política e formal do conselheiro de saúde.

Para Demo (2002), o desafio de formar sujeitos com autonomia crítica, criativa e histórica, capazes de propor projetos alternativos de sociedade, numa perspectiva emancipatória, requer o desenvolvimento da qualidade política, como capacidade de intervenção, e que se inscreve no plano subjetivo das relações sociais de contextos sócio-históricos que reconstroem no cotidiano. Esse autor formula, ainda, que os fenômenos qualitativos se constituem como um todo indissociável, numa relação dialética em que a qualidade formal funda condições essenciais para que a qualidade política se expresse como forma de intervenção e atuação no cotidiano (2002).

Assim, o desafio da construção de um controle social, capacitado para controlar os seus mandantes e disputar alternativas de poder, implica no desenvolvimento de competências e habilidades, que possibilitem a domínio e o gerenciamento de informações e conhecimentos (DEMO, 2002; FREIRE, 1995).

Dessa forma, o entendimento do que está em jogo, no âmbito das competências e atribuições dos conselhos regionais de saúde do DF demanda conhecimento sobre os

mecanismos, história e regras de funcionamento. Além disso, o domínio técnico e político favorecem o manejo da possibilidade de as normas serem reinterpretadas, resignificadas e recriadas pelas práticas cotidianas (SILVA; ABREU, 2002).

Portanto, a preocupação apresentada pelo *corpus*, dos conselheiros regionais no campo representacional sobre participação e controle social quanto à capacidade para a tomada de decisão e partilhamento de poder, situa-se na esfera da discussão das possibilidades de se forjar uma contraposição à tendência tuteladora do poder, manifestada no *corpus* dos gestores.

Dessa forma, opina-se que a qualidade democrática da relação gestor-comunidade-Conselho no âmbito do SUS, no DF, depende da qualidade política e da qualidade formal da população no controle das ações administrativas de saúde locais.

Igualmente, compartilha-se com Demo (2002) que é essa relação de politicidade, que possibilita situar a habilidade humana numa dimensão histórica, capaz de pensar, intervir e potencializar a autonomia individual e coletiva para a construção de alternativas e de novos caminhos.

#### **5.4 Análise e discussão do Relatório Final da VII Conferência de Saúde do Distrito Federal**

A análise e discussão do Relatório Final da VII Conferência de Saúde do Distrito Federal (R7<sup>a</sup> CSDF), realizada de 4 a 6 de outubro, de 2007, se justificou, uma vez que possibilitou complementar a análise de conteúdo das entrevistas, no que se refere a temas importantes dos quais trata esta pesquisa, assim como relacionar esse relatório com o contexto do estudo.

O Relatório trata do resultado consolidado das propostas da VII Conferência de Saúde do DF na qual participaram 300 delegados (as), envolvendo as plenárias e os grupos temáticos.

Os temas debatidos e aprovados nessa Conferência foram discutidos anteriormente nas pré-conferências e conferências regionais, resultando em uma agenda de discussão, que compreendeu temas específicos, voltados para os problemas de saúde do DF e temas gerais, propostos pelo Conselho Nacional de Saúde para a XIII Conferência Nacional de Saúde.

A resultante final, consolidada pelo grupo de relatores foi a elaboração de propostas enxutas que, conforme o texto de apresentação do Relatório, buscou formatar um plano de acompanhamento e de cobranças para as proposições realizadas. Do conjunto de decisões

aprovadas, 38 foram para o sistema de saúde do DF, 17 de âmbito nacional e direcionadas para a XIII Conferência Nacional de Saúde, além de 6 moções e 15 recomendações.

A realização da Conferência se deu por meio de diversos momentos e atividades. No primeiro dia foi realizada a abertura e a palestra inaugural com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. No segundo, aconteceram palestras, alternadas com mesas redondas. A primeira palestra teve como tema os “Desafios para a efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI” seguida da mesa redonda “Realidade Atual e Perspectivas no Distrito Federal para que se tenha a Saúde como Direito de todos”. A segunda palestra abordou a “Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde” e a mesa redonda, subsequente, tratou do tema “O Controle Social no Distrito Federal com vistas à Garantia da Saúde como Direito Humano”.

A última palestra discorreu sobre as “Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida”, seguida da mesa redonda que debateu o tema: “O Pacto pela Saúde no Distrito Federal” e “Planejamento Estratégico com Instrumento de Construção Pactuada das Ações de Saúde: Situação Atual da Secretaria de Estado de Saúde do DF”.

Ressalte-se, pelo exposto no Relatório da VII Conferência, que as palestras e mesas redondas houve grande participação dos delegados, o que foi essencial para a troca de ideias e experiências, esclarecimento de dúvidas, assim como, forneceram subsídios para a formação de opiniões críticas e discussões nos grupos, acontecidas no dia seguinte.

Desse modo, o terceiro dia da VII Conferência de Saúde do DF foi palco de trabalhos em grupos, que se dividiram conforme os eixos propostos pelo Conselho Nacional para a XIII Conferência Nacional de Saúde.

O Relatório da VII Conferência de Saúde do DF compôs-se de apresentação do documento realizada pela coordenação da relatoria, descrição do cenário político setorial no DF observado à época da realização da VII Conferência, síntese referencial resumida de cada eixo temático, resumo das atividades, propostas da VII Conferência, para o Distrito Federal e para a XIII Conferência Nacional de Saúde, moções e recomendações; lista dos delegados eleitos para a XIII Conferência Nacional de Saúde, e dos anexos contendo cópia do Decreto de convocação da VII Conferência publicado no Diário Oficial Federal, cópia da portaria de nomeação da comissão organizadora da VII Conferência, regimento da VII Conferência, regulamento da VII Conferência e o Roteiro elaborado pela comissão organizadora, para subsidiar o debate e a apresentação de propostas nas etapas preparatórias, incluindo as conferências regionais, para a VII Conferência de Saúde do DF.

O papel do relatório é realçado como um referencial para a sociedade do DF, no sentido de “orientar suas demandas, acompanhar e avaliar a ação governamental nos próximos anos em relação às medidas voltadas para a melhoria de saúde do DF” (Relatório da VII Conferência de Saúde do DF, 2007, p.6). Esse texto trata, ainda, do processo de participação, em que se destaca o debate exaustivo ocorrido nas pré-conferências e conferências regionais para se consensuar as propostas analisadas durante a conferência. Foi relatado que o processo de debates preparatório se norteou por alertar os gestores quanto ao adiamento na implementação de um novo modelo para a gestão da saúde do DF, o que, para a sociedade, se configura em abusos e descasos dos governantes.

O componente do documento que descreve o cenário no qual a realização da Conferência se insere, pontua, já no início do texto, a tensão existente nos debates preparatórios da VII Conferência Distrital e da XIII Conferência Nacional e durante a Conferência, relacionado ao tema que trata dos modelos de gestão do SUS, especificamente das propostas de terceirização dos serviços de saúde.

Os temas sobre “Saúde Qualidade de vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento” e “Participação da Sociedade na efetivação do Direito Humano à Saúde” foram desenvolvidos no sentido de problematizar a proposta do governo do GDF de terceirização dos serviços de saúde.

Essa posição fica evidente no debate quando algumas questões são pontuadas no relatório: para os delegados existe consenso quanto à natureza histórica dos problemas de saúde no Brasil, decorrentes principalmente da situação de desigualdade no país; por outro lado, quanto ao processo de formulação das políticas de saúde do DF, esses delegados têm consciência de que existem graves problemas, demonstrados principalmente pela falta de credibilidade e pela má qualidade da saúde oferecida pela rede de saúde do DF.

Demonstra-se, dessa forma, como descrito no relatório, que os delegados participantes compreendem que cabe ao governo do DF, por meio do gestor da saúde, a implementação das propostas e das políticas aprovadas pela VII Conferência, assim como, é de responsabilidade do controle social, por meio dos conselhos de saúde, monitorar a execução das ações necessárias para a melhoria da rede pública de saúde do DF. Um trecho do relatório exemplifica bem esta formulação:

A melhoria da qualidade da saúde no Distrito Federal passa fundamentalmente pela necessidade de maior incremento de Políticas Públicas. A realidade hoje permite uma clara visibilidade de que a precarização é resultado das incipientes ações para a

saúde no Distrito Federal (RELATÓRIO DA VII CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO DF, 2007, p. 9).

Outro aspecto em que os delegados relacionaram à baixa qualidade da saúde do DF foi a falta de apoio ao funcionamento dos conselhos de saúde, "*enquanto colegiados de deliberação coletiva permanente*" (R7ª CSDF). Essa questão é demonstrada pela opinião dos participantes, de o direito à saúde no DF tem sido historicamente *procrastinado* (R7ª CSDF) pelos governantes, materializado nas constantes intervenções políticas às quais a gestão da saúde é submetida.

Pela análise relatada no documento, a situação supracitada, justifica *soluções milagrosas* que o governo tem buscado e que na opinião dos delegados, visam tão somente atender à lógica do capital e da globalização.

Portanto, o relatório, ao descrever o debate em torno da terceirização dos serviços de saúde aponta a existência de consenso entre os delegados em rejeitar a proposta de privatização da saúde pelo Governo do DF. Nesse sentido, citam as diversas moções de repúdio à privatização, assinadas pela quase totalidade dos delegados presentes na Conferência e que foram, também, apoiadas pelas conferências regionais, realizadas nas etapas preparatórias.

O conteúdo dessas moções realça que o modelo privatizado da saúde leva a uma maior precarização dos serviços, demonstrado tanto pela proposta da não complementaridade, da privatização das atividades, quanto pela ocupação de funções estratégicas na Secretaria da Saúde, pela iniciativa privada.

Destaca-se que a Conferência, ao desconstruir a proposta e as intenções do Governo do DF de privatizar a saúde, propõe, de forma consensuada, uma agenda positiva para a melhoria da saúde e do controle social no DF. Os delegados indicam como prioridades: a melhoria das condições de saúde no DF, com o incremento de políticas sociais intersetoriais; o fortalecimento do controle social e da relação do gestor com os conselhos, no sentido de pactuar ações visando à melhoria da saúde da população do DF; abertura da discussão de forma ampla, com toda a sociedade, sobre a proposta de terceirização dos serviços de saúde do DF; implementar as ações da RIDE no sentido de melhorar a pactuação da oferta de serviços nessa região; o resgate do gerenciamento do Fundo de Saúde pela SES-DF, e a elaboração de mecanismos de repasse de recursos às regionais de saúde; a efetivação do SUS em todo o Distrito Federal e a ampliação dos espaços de participação da sociedade nos conselhos de saúde e a consolidação dos conselhos gestores em todas as unidades.

Observa-se que o Relatório da VII Conferência de Saúde do DF, em questão, é norteado por três ideias principais: a primeira é a da escolha pelo Governo do DF do modelo de privatização, e que pode ser considerada a ideia central, pois direcionou a maioria das intervenções relatadas, assim como as decisões, moções e recomendações da conferência; a segunda, aborda a necessidade de reorientação da atual política de saúde praticada no DF, responsável pela situação de precariedade observada no SUS local e; a terceira, se refere à reafirmação do papel dos conselhos de saúde como espaços privilegiados de controle social, ressaltando as responsabilidades do gestor no provimento das condições políticas e estruturais para que a atuação dos conselhos se efetive.

Ao se discutir os aspectos descritos no relatório da VII Conferência de Saúde do DF observam-se similaridades com questões presentes, também, nos campos representacionais dos grupos dos gestores, dos conselheiros distritais e dos conselheiros regionais, já analisados neste estudo.

Temas como a privatização da saúde, a dificuldade dos conselhos exercerem, de forma plena, o controle social na saúde e a ausência de políticas públicas que favoreçam o avanço da saúde no DF evidenciam a existência de consciência crítica dos conselheiros, tanto nas falas expressas nos campos representacionais, quanto nos espaços de consolidação das ideias e propostas consensuadas, como foi a VII Conferência de Saúde do DF.

Assim, percebe-se, pelos aspectos apresentados pelos conselheiros e delegados na VII Conferência de Saúde do DF, assim como, pelos campos representacionais dos conselheiros e gestores, que ficou evidenciada a necessidade de reorientação da atual política de saúde praticada no SUS do DF, destacando-se que somente esse caminho poderá levar à definição de novas metas para a consolidação do SUS e fortalecimento do controle social na saúde do Distrito Federal.

### **5.5 Em busca de uma síntese: Representação social- Potencialidades e fragilidades do controle social em saúde no DF – A intencionalidade dos conselheiros, sobre as políticas de Saúde no DF.**

A análise e discussão dos dados obtidos por meio das entrevistas e do Relatório da VII Conferência de Saúde do DF proporcionaram o entendimento sobre aspectos da capacidade democrática dos conselhos regionais de saúde do DF para a formulação de políticas de saúde. As informações obtidas por meio do exame das construções da representação social dos gestores e conselheiros acerca do controle social em saúde no DF permitiram o registro, pela

pesquisadora, de olhares diversificados sobre as potencialidades e fragilidades e sobre as práticas voltadas ao fortalecimento ou não dos conselhos, assim como da capacidade de articulação entre conselheiros e gestores para a elaboração das políticas de saúde. Este registro e análise, à luz do referencial teórico e metodológico possibilitou a apreensão da representação desses atores sobre o controle social em saúde no DF.

Buscou-se, ainda, relacionar esses discursos com o Relatório da VII Conferência de Saúde do DF no sentido de identificar aproximações de intenções, aspirações e prioridades para as políticas de saúde, entre os *corpora* e as manifestadas nessa instância, pelos conselheiros.

Pela análise e discussão dos grupos percebeu-se que a construção dos eixos representacionais, nos três grupos analisados (dos gestores, dos conselheiros do DF e dos conselheiros regionais), levou a uma representação do controle social como “apêndice” da gestão na saúde do DF.

Essa constatação ficou evidenciada por meio dos resultados dos *corpora* em que os eixos identificados apresentaram proximidades entre si no que se refere às construções sobre o controle social, ressaltando-se os aspectos da desqualificação política dos conselhos feita pelos gestores; da defesa da ouvidoria como alternativa de participação, presente tanto na fala dos gestores quanto na dos conselheiros distritais e na consciência manifestada pelo *corpus* dos conselheiros regionais, em relação à baixa eficiência dos conselhos, enquanto controle social da saúde (quadro 4).

Esses resultados sugerem a existência de grandes limitações na capacidade/intensidade democrática dos conselhos de saúde do DF, quanto à possibilidade de forjarem uma contraposição à tendência tuteladora do poder (DEMO, 2002) instituído na gestão da saúde no DF. Entende-se que, para que o desenvolvimento da politicidade entre os conselheiros faz-se necessário um ambiente que favoreça o alargamento da qualidade política numa condição em que esses atores se coloquem como sujeitos e não como objetos (DEMO, 2002) na história.

Observa-se, no entanto, que as representações dos três *corpora* apresentam também, aparentes dissonâncias, notadamente na defesa de diferentes modelos de gestão e de atenção à saúde (quadro 4) pela qual se percebe que a busca por consenso não foi a opção de escolha entre a gestão e os conselhos, sugerindo, dessa forma, que as representações do controle social se encontram em processo de elaboração pelos conselheiros.

Nessa lógica, pode ser verificado, neste estudo, que a construção dessas representações por vezes, se polariza, ou seja, produz representações sociais distintas, mesmo que momentaneamente, visto que ora se ancoram na concepção de controle social mais



burocrática, originária dos modelos de gestão de política e de serviços mais tradicionais ou clássicos, ora em concepção de controle social que se fundamenta na lógica da participação social, num modelo de gestão mais flexível.

Por outro lado, observa-se que grande parte das práticas institucionais, tanto dos gestores quanto dos conselheiros regionais emana da representação do controle social como “apêndice”. Ressalte-se que ocorre uma convergência nos discursos desses atores no sentido de reforçarem essas práticas, destacadamente quanto à impossibilidade de funcionamento da AB por ser um problema de difícil solução e aponta, dessa forma, o incremento dos Hospitais Regionais, como solução (quadro 4).

Essa posição de convergência dos discursos dos *corpora* chama à atenção, pois se corre o risco de ancorar-se em modelos de gestão mais modernos denominados de “gerencialismo”, (VIEIRA; CARVALHO, 1999; CECCÍLIO, 2007), isto é, a adoção de métodos e práticas de gestão do setor privado no setor público que tem apresentado efeitos nefastos tanto para os serviços quanto para os trabalhadores e usuários. Outro risco demonstrado neste estudo, e em outros diversos estudos sobre o controle social na RIDE e no DF (MOURA, 2008; SHIMIZU, 2009; PEREIRA, 2010), é que o controle social como uma forma de participação institucionalizada transformou-se de espaço instituinte para um espaço instituído, porquanto com reduzido caráter libertário e transformador.

Ademais, as práticas institucionais demonstradas pela gestão da saúde no DF em relação ao controle social se mostraram verticalizadas e revelaram um conteúdo altamente regulador do exercício da participação social na saúde, levando a refletir sobre as ameaças que a implantação do SUS, como modelo social de saúde no DF está sofrendo. Assim, esses achados ancoram-se no modelo de conhecimento de regulação definido por Santos (2007), que no campo epistemológico percorre o caminho que vai do caos (ignorância da sociedade) à ordem, como alternativa de organização e ordenação do caos, e que leva a submissão e à alienação, pois exclui as possibilidades de subjetividades coletivas e produz as *ausências*, que eliminam do processo de produção do conhecimento, outras formas de viver, pensar e compreender o mundo. Esse pensamento pode ser reconhecido pelas práticas dos gestores relacionadas ao controle social na saúde do DF e aparece em contraposição ao modelo de emancipação e de saber (SANTOS, 2007), almejado pelos conselheiros regionais. Essa percepção é manifestada tanto nas representações desses conselheiros, no que se refere ao controle social, quanto nas definições estratégicas da VII Conferência de Saúde orientadas para a reformulação da atual política de saúde praticada no SUS do DF.

No entanto, os espaços dos conselhos são fundamentais para criar capacidades instituintes no sentido de favorecer a construção de uma representação social positiva do controle social. Para tanto, é fundamental o investimento na capacidade política dos conselheiros, ou seja, na construção permanente de sujeitos, aqueles que poderão transformar novamente o instituído em instituinte. Nessa direção, impõe-se o desafio de aumentar a densidade democrática dos conselhos, por meio do diálogo entre os conselhos regionais e distrital, a gestão e a população no processo de formulação e de implementação de políticas públicas de saúde.

A seguir, apresenta-se um quadro síntese da análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal na formulação de Políticas Públicas de Saúde.

**Quadro 4:** Análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal na formulação de Políticas Públicas de Saúde

A capacidade democrática	Gestores	Conselheiros Distritais	Conselheiros Regionais	VII Conferência de Saúde do DF
	<p><b>Potencialidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislação do SUS</li> <li>• Implementação das políticas</li> <li>• Atores do CS</li> </ul> <p><b>Fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frágil relação entre a gestão e os Conselhos Regionais</li> <li>• Baixa qualificação dos gestores</li> <li>• Herança conservadora na condução dos sistemas e serviços de saúde/reprodução</li> </ul>	<p><b>Potencialidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislação do SUS</li> <li>• Luta contra hegemônica no interior do conselho</li> <li>• Processo de qualificação</li> <li>• SGETS</li> </ul> <p><b>Fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frágil relação entre a o Conselho Distrital e os Regionais</li> <li>• Pouca representatividade</li> <li>• Baixa qualificação</li> <li>• Secretario de Saúde como Presidente do Conselho</li> <li>• Falta de consenso – atribuição dos conselhos</li> <li>• Baixa capacidade de intervenção</li> </ul>	<p><b>Potencialidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislação do SUS</li> <li>• Valores democráticos e participativos</li> <li>• Consciência sobre os problemas de saúde da população</li> <li>• Processo de qualificação</li> <li>• Consciência crítica sobre o papel do conselho no CS do DF.</li> </ul> <p><b>Fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouca representatividade</li> <li>• Baixa qualificação</li> <li>• Baixa capacidade de intervenção</li> <li>• Não atuação enquanto espaço de decisão</li> <li>• Desconhecimento sobre mecanismos e regras dos CS</li> <li>• Subordinação administrativa ao CSDF</li> <li>• Ausência de infraestrutura</li> <li>• Falta de apoio político</li> <li>• Participação como ação individual</li> </ul>	<p><b>Potencialidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislação do SUS</li> <li>• Valores democráticos e participativos</li> <li>• Busca de estratégias para a ampliação da mobilização</li> <li>• Espaço de construção de consensos</li> </ul> <p><b>Fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descasos dos governantes</li> <li>• Adiamento na implantação de novo modelo de gestão para a saúde no DF</li> <li>• Falta de apoio aos CS</li> <li>• Adiamento dos direitos à saúde no DF</li> <li>• Intervenções e ingerências políticas</li> </ul>

	<b>Gestores</b>	<b>Conselheiros Distritais</b>	<b>Conselheiros Regionais</b>	<b>VII Conferência de Saúde do DF</b>
<b>Prática institucional: Discurso e intenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discurso de desqualificação do SUS - “caos instalado”</li> <li>• Fortalecimento da saúde privada/modelo dual</li> </ul> <p>-Defesa do modelo privado de gestão de Unidade - OS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção básica como retórica/baixa cobertura</li> <li>• Descontinuidade administrativa</li> <li>• Opacidade na administração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discurso de desqualificação do SUS</li> <li>• Atenção básica como retórica</li> <li>• Descaso com os CRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção básica de difícil solução</li> <li>• Prioridade para o fortalecimento dos hospitais Regionais /ampliação da assistência especializada/ aumento do número de médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorientação dos rumos da construção das políticas de saúde/maior incremento das políticas públicas</li> <li>• Atenção Básica como coordenadora do sistema de saúde</li> <li>• Defesa da Saúde Pública/ contra a privatização do SUS</li> <li>• Propostas para o enfrentamento do desafio de fortalecimento da capacidade político gerencial do SUS</li> <li>• Cobrança do gestor para a implementação das políticas aprovadas na VII Conferencia</li> <li>• Proposta de construção de agenda positiva para a melhoria da saúde e do controle social</li> </ul>
<b>As articulações entre os atores do CS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidida por: tensão, conflitos e interesses dissimulados</li> <li>• Contradição entre valores e interesses</li> <li>• Falta de interesse para com os CRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidida por: tensão, conflitos e interesses dissimulados</li> <li>• Contradição entre valores e interesses</li> <li>• Falta de interesse para com os CRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprisionados pelas práticas institucionais da gestão</li> <li>• Contradição entre valores e interesses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposta de fortalecimento da relação Gestão-Control Social-Comunidade</li> <li>• Baixa articulação</li> </ul>

	<b>Gestores</b>	<b>Conselheiros Distritais</b>	<b>Conselheiros Regionais</b>	<b>VII Conferência de Saúde do DF</b>
<b>As práticas relacionadas ao controle social em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de gestão autoritário</li> <li>• Burocratização da participação na saúde</li> <li>• Implementação da ouvidoria como locus privilegiado de CS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burocratização da participação na saúde</li> <li>• Não garantia de estrutura para os conselhos regionais</li> <li>• Descaso/Não apoio político e administrativo aos CRS</li> <li>• Implementação da ouvidoria como locus privilegiado de CS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burocratização da participação na saúde</li> <li>• Subordinação às decisões da gestão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa mobilização para a VII Conferência de saúde do DF</li> <li>• Divulgação das decisões da Conferência para a população do DF</li> <li>• Reforço das responsabilidades dos conselhos</li> </ul>
<b>As representações sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativação da capacidade formal, técnica e política do conselheiro para deliberar</li> <li>• Conselho -uso político/partidarização/corporativismo</li> <li>• Resistência à participação mais ampla da sociedade/divisão do poder</li> <li>• Defesa da ouvidoria como locus privilegiado de CS</li> </ul> <p><b>Controle social como “apêndice”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativação da capacidade formal, técnica e política do conselheiro para deliberar</li> <li>• Resistência à participação mais ampla da sociedade/divisão do poder</li> <li>• Falta de consenso sobre as atribuições dos conselhos</li> <li>• Defesa da ouvidoria como locus privilegiado de CS</li> <li>• Discurso reivindicatório e não político</li> </ul> <p><b>Controle social como “apêndice”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa mobilização da população para participar</li> <li>• Falta de confiança e de credibilidade da população nos serviços de saúde</li> <li>• Dificuldade de interlocução entre a gestão e a comunidade</li> <li>• Baixa capacidade política</li> <li>• Baixa resolutividade</li> <li>• Discurso reivindicatório e não político</li> <li>• Ausente como instância de decisão</li> </ul> <p><b>Controle social como “apêndice”</b></p>	

<b>CATEGORIAS</b>	<b>ANCORAGEM</b> <b>Modelos de gestão e de participação</b>			
<b>Democracia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cidadania regulada</li> <li>• Democracia de baixa intensidade</li> <li>• Construção de sujeitosujeitados</li> <li>• Produção de ausências</li> <li>• Conhecimento regulação-</li> <li>• “do caos à ordem”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distanciamento entre representantes e representados</li> <li>• Democracia de baixa intensidade</li> <li>• Cidadania Regulada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distanciamento entre representantes e representados</li> <li>• Democracia de baixa intensidade</li> <li>• Cidadania Regulada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Democracia de alta intensidade</li> </ul>
<b>Politicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politicidade como tendência tuteladora do poder</li> <li>• Opacidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politicidade como tendência tuteladora do poder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa qualidade formal/Baixa qualidade política, para a construção de alternativas e novos caminhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspectiva de politização- construção da cogestão Estado/sociedade</li> </ul>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal, para a elaboração de Políticas Públicas de Saúde, apontou para formulações que podem contribuir com a elucidação de outros aspectos dessa construção. Neste estudo, fica evidenciado que a construção da democracia participativa, na saúde do DF por meio do exercício do controle social pelos conselhos regionais de saúde, carece de grandes avanços. Observou-se, nesse sentido, que além dos resultados já apresentados e discutidos somam-se outros, também presentes na pesquisa realizada e, igualmente importantes de serem salientados como possibilidades de aprofundamento em pesquisas posteriores:

- 1) Os conselhos carecem de identidade, uma vez que a maioria não possui sede própria, e quando a possuem, essa é vinculada a uma unidade de saúde, o que suscita uma confusão das atribuições do Conselho, como conselho gestor de unidade, ou conselho deliberativo de políticas de saúde;
- 2) A situação de baixa organização e funcionamento dos conselhos leva a uma desmobilização estrutural e política em uma realidade em que, de 30 RA, estruturada no DF, somente 14 CRS estão em situação regular, e com vigência de mandato;
- 3) Baixa capacidade resolutiva dos conselhos por não ocorrer a relação comunidade – representante – governo – representante – comunidade, pela total falta de mecanismos que promovam fluxos para as demandas e necessidades em saúde, da comunidade.
- 4) Distanciamento dos conselhos das outras instâncias de decisão, tanto do CSDF, como da SES-DF, pelo fato de não existirem agendas permanentes e integradoras desses espaços.
- 5) Exercício do mandato realizado quase que exclusivamente pelo presidente, causado pela desmobilização de grande parte dos membros dos conselhos regionais, o que leva à descaracterização do funcionamento dessa instância, como espaço coletivo de debates, discussões, apreciações e deliberações.
- 6) Alto grau de descompromisso político do CSDF para com os conselhos regionais, deixando-os à mercê de suas próprias dificuldades e buscas de soluções. A relação de subordinação administrativa acontece pelo viés da concentração e centralização dos recursos no CSDF, ficando os CRS desprovidos de ajudas política e financeira substanciais.

Dessa forma, percebe-se um número ainda elevado de situações e circunstâncias que incidem direta ou indiretamente na ampliação da capacidade democrática dos conselhos regionais de saúde do DF e que podem ser mais bem elucidadas em estudos posteriores.

Acredita-se que os conselhos de saúde, como instâncias do poder executivo sofrem, ou se beneficiam de decisões políticas do governo que favoreçam ou não o fortalecimento desses espaços. Dessa forma, ao se deparar com atitudes quase extremas de omissão e descaso do Poder Executivo local para com os conselhos regionais de saúde, aliadas à baixa mobilização dos setores sociais nesses espaços, conclui-se que a prática política do SUS no DF está ancorada no modelo hegemônico de democracia praticada no Brasil, tida como de baixa intensidade.

Assim, a possibilidade de intensificação da democracia participativa por meio dos conselhos regionais de saúde no DF vai sendo adiada, ficando à mercê da vontade política dos governantes que praticam à revelia, a privatização do bem público. Atitudes essas que favorecem o crescente distanciamento entre representantes e representados nessas instâncias.

No entanto, acredita-se na possibilidade de ampliação da conscientização dos conselheiros sobre o papel transformador do controle social na política de saúde do DF e da compreensão dos conselhos de saúde como espaços de emancipação. Essa possibilidade pode ser demonstrada tanto pela fala dos conselheiros, como pelo Relatório da VII Conferência de Saúde do DF, que ilustram os avanços ocorridos por meio da inclusão dos conselhos na institucionalização do SUS.

Opina-se que, apesar da precariedade dos Conselhos de Saúde, existe uma grande luta dos conselheiros na busca de resistir e superar essas dificuldades. Para isso, advoga-se que dentre as mudanças exigidas para o avanço democrático no Brasil, é imperioso dar prioridade a agenda de construção de instituições democráticas, possibilitando o aumento da participação da sociedade no processo decisório sobre as políticas públicas que as afetam diretamente e promovendo a transparência e a responsabilidade dos governos e dos gestores públicos.



## REFERÊNCIAS

ALBA, M. El Método ALCESTE y su aplicación al estudio de las Representaciones Sociales del Espacio Urbano: El caso de La Ciudad de México. **Papers on Social Representations**, 2004.

ALBUQUERQUE, J.A.G. Análise das instituições concreta. In: Guirado M. **Temas Básicos de Psicologia**. São Paulo: EPU, 1986, v15.

ALMINO, J. **O segredo e a informação: ética e política no espaço público**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ALVES, S.M.C. Conselhos de Saúde: espaço para o controle social e o exercício da cidadania. In: **Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social** Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social- v.1, n.1. Brasília, 2004.

AMARAL, D. J.; SIQUEIRA, M. M. M. Relações entre percepção da estrutura organizacional e bem-estar de profissionais de uma empresa em processo de privatização em Instituto Superior de Psicologia Aplicada, org., **Actas 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde** (pp. 671-678). Lisboa: ISPA(2006).

AMMANN, S.B. **Participação Social**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

ANDREAZZI, M.F.S. **O seguro saúde privado no Brasil**. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado), ENSP/FIOCRUZ.

AVRITZER, L. Reforma Política e Participação no Brasil. In: Avritzer, L.; Anastasia, F. org. **Reforma política no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BAUMAN, Z. **A Sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas**. Trad. José Gradel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed 2001.

BETIOLI, A.B. **Introdução ao Direito. Lições de Propedêutica Jurídica**. 8. ed. São Paulo: Letras & Letras, 2002.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1887.

BOBBIO, N. *et al.* **Estado, governo e sociedade**: para uma teoria geral do político. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

BOSI, M.L.M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 10 (4): 14 pag. out./dez. 1994.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição, 1988**. República Federativa do Brasil.

BRASIL. **Lei 8.080**. Diário Oficial da União. Brasília: dezembro, 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142**. Diário Oficial da União. Brasília: dezembro, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica-NOB-SUS01/92**. Brasília: 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A prática do controle social**: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 – NOAS-SUS 01/01 (MS/GM, 2001)**, Brasília: janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF)**, Brasília: maio, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 4.726**. Brasília: junho, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). **Programa de Inclusão Digital, PID**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE – **Pesquisa de Informações Básicas Municipais**- 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. IBGE. - 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. IBGE, 2007- **Censos e estimativas**.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003**. Brasília: novembro, 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Anais. 2003b.

CAIADO, M.C.S. Estruturação intraurbana na região do Distrito Federal e entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. São Paulo, v22, n. 1, p.55-88, jan/jun.2005.

CAMARGO, B.V. Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P; CAMARGO, B.V.; JESUINO, J.C.; NÓBREGA, S.M. (org.) **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB- Editora Universitária, Cap. 17, 2005.

CAMPOS G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS G.W.S. **Saúde paidea**. São Paulo: Hucitec; 2003

CARVALHO, A.I; GOULART, F.A.A (orgs.). **Gestão de Saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. Brasília: UnB, 1998 3v, v1.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 12. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CEBES. **A questão democrática na área da saúde**, 1997.

CEBES. **SUS**: Qual o rumo? 2010 (mimeo).

CECILIO, L. C. de O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Cad. Saúde Pública**, Set 1997, vol.13, n<sup>o</sup>. 3, p.469-478. ISSN 0102-311X.

CECILIO, L.C.O. **A micropolítica do hospital**: um itinerário ético-político de intervenções e estudo. 2007. Tese (Livre-docência) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2007.

CHEVALIER, J. Le mythe de La transparence administrative. In: Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie. **Information e transparence administrative**. Paris: PUF, 1988.

CHIOZZINI, D. Revolta da Vacina: a saúde pública e um novo projeto sociedade. **Revista ComCiência**. Disponível em: <[www.comciencia.br/reportagens/2005/06/06\\_impr.shtml](http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/06_impr.shtml)>. acessado em 23/02/2010.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(1):09-18, 2003.

CÔRTEZ, S.V. Viabilizando a Participação em Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. org. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de

Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

COSTA, N. R. Políticas públicas, direitos e interesses: Reforma Sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, C. org. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

COSTA, L. Considerações em torno do Plano Piloto de Brasília. **I Seminário de Estudos Urbanos de Brasília**. Brasília, Senado Federal, Comissão DF, 1974.

CUNHA, E. S.; CUNHA, E.; AVRITZER, L. 2003. **Relatório de Pesquisa** “Os Conselhos Municipais de Assistência Social em Minas Gerais”. Belo Horizonte: Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento da Política de Assistência Social do Departamento de Ciência Política – Universidade Federal de Minas Gerais.

DAGNINO, E.; OLVERA J.; PANFICHI, A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: DAGNINO, E.; OLVERA J.; PANFICHI. org. **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, Campinas, SP:Unicamp, 2006.

DEL VECCHIO, A. Mais uma vez, navegar é preciso. In: CASARO, R. (org.). **São Paulo: realidade e perspectivas: efeitos do liberalismo tucano no Estado**. São Paulo: Ed. Anita Garibaldi, 2006.

DEMO. P. **Pesquisa Educacional na América Latina e no Caribe: tentativa de síntese e de discussão crítica**. Rio de Janeiro: Universitária – UFF, 1993.

DEMO. P. **Participação é Conquista**. Noções de política social participativa. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DEMO. P. **Politicidade: Razão Humana**. Campinas, São Paulo: Papyrus: 2002a.

DEMO. P. **Solidariedade como efeito de poder**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire (Coleção Perpectiva, v6), 2002b.

DEMO. P. **Pobreza da Pobreza**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

DEMO. P.. **Pobreza Política: a pobreza mais intensa brasileira**. Campinas, São Paulo: Armazém do Ipê (Autores Associados), 2006.

DOISE, W. **Atitudes e representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

DOISE, W. **Da psicologia social à psicologia societal**. Psicologia teoria e pesquisa. 2002.

DROPA, R.F. **Controle Social**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, 17, 31/05/2004 [Internet]. **Disponível em:** <ahref=http://www.apriori.com.br/artigos/humanismo.shtml> Acesso em 12/07/2010.

DUMENIL, G.; LÉVY, D. O Imperialismo na era neoliberal. In: BOSCHETTI, I et al. (orgs.) **Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo**. Brasília: UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004

DUSSEL, E. **20 Teses de Política**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO: São Paulo: Expressão Popular, 2007. Traduzido por: Rodrigo Rodrigues. 2007.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FIORI, J.L. Estado do bem-estar social: padrões e crises. **Physis**, vol. 7, n.2 July/Dec. Rio de Janeiro, 1997.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(3): 743-752, 2009.

FREIRE, P. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 1995.

KETTL, D.F. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: PEREIRA, L.C.B., KETTL, D.F. **Reforma do Estado e administração Pública Gerencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001.

KLINK, J.J. **A cidade-região- regionalismo e reestruturação no Grande ABC Paulista**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LABRA, M. E, Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T (Org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353–384.

LABRA, M. E; FIGUEIREDO, J. S. A. de Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3):537-547, 2002.

LIMA, J.C. de. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, **Saúde em Debate**, 25(59) set./dez.2001.

LIMA, J. C. de História das lutas sociais por saúde no Brasil. **Trabalho necessário**. ano 4, n. 4. 2006.

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G.A. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. *et al.* (org). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”, anos 80. **PHYSIS**. v. 1 n.1, 1991.

MACHADO, R. **Ciência e Saber**: a trajetória de Foucault. São Paulo: Ed. Graal, 1981.

MARTINS, C.E. Governabilidades e controles. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 5-20, jan./mar. 1989.

MOURA, L.M. **A percepção dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal acerca do controle social em saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, Brasília, DF, 2010.

OLIVEIRA, A.G.R.C.; SOUZA, E.C.F. A saúde no Brasil: trajetória de uma política institucional. In: **Curso de Mestrado em Odontologia Social/UFRN**. Odontologia preventiva e social, textos selecionados. Natal: EDDUFRN, 1997, cap.8, p.114-121.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. In: **Previdência Social. 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1985.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados primários em saúde**. Genebra. 1978

ORTIZ, A.R.; IAMASHITA, C.E.; BAYTISTA, E.; LEITE, G.L. **A proposta de reforma do aparelho de Estado e suas possíveis implicações no SUS**. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1996. (Série monográfica n.5).

PAIM, J. S. Direito à Saúde, Cidadania, e Estado. In: Conferência Nacional de Saúde. **8ª Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. P.45-49.

PAIM, J. S **Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Inventando a mudança na saúde. 2.ed São Paulo: Hucitec, 1997. 333p. ISBN 85-271-00266.8.

PAIM, J. S **Saúde, política e Reforma Sanitária**. Salvador: ISC/UFBA, 2002.

PAIM, J. S **Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI**. Ba, UDUFBA, 2005.

PAIM J.S; TEIXEIRA C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva** 2007; 12(Supl.):1819-1829.

PAVIANI, A. **Movimentos populares em Brasília**: Editora UnB, 1991 (Coleção Brasília).

PAVIANI, A org. **Brasília, Moradia e Exclusão**. Brasília: Editora UnB, 1996.

PCdoB; Programa do Partido Comunista do Brasil . São Paulo, 2009.

PEREIRA, M.F. **O Controle Social e a Participação Democrática nos Conselhos Municipais de Saúde da RIDE-DF**. 2010. 237p. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências da Saúde/UnB- Área de concentração: Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2010.

PEREIRA, E.M. **Gestão Democrática e Controle Social no SUS** - Estudo da Consulta Ampliada para a indicação dos gerentes das unidades básicas de saúde de Goiânia. 2005. 83p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva da Bahia/UFBA- Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde, Salvador, BA, 2005.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R. do; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Caderno Saúde Pública**, 17(1):89-97, fev. 2001.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR *et al.* (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004; 2(1):51-70.

RABELO, R. **Rumos e ideias**. São Paulo: Anita Garibaldi: Fundação Maurício Grabois, 2009.

RAMOS, C.L. Conselhos de Saúde e Controle Social. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

REY, G. F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos da construção da informação**. São Paulo : Pioneira Thomson Learning, 2005.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno Saúde Pública**, 13(1):81-92, jan. 1997.

RODRIGUES, M.P; LIMA, K. C. de ; RONCALLI, A.G.- A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciências e Saúde Coletiva** vol.13 no.1, Rio de Janeiro Jan./Fev. 2008.

RONCALLI, A. G. et al. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. *et al.* (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003

ROUSSEAU, J.J. **Rousseu**. Trad. Lourdes Santos Machado. 5. ed. São Paulo: Nova Cultura. (coleção os Pensadores, 6), 1991.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ. 1998.

SANDER,G.V. **Teoria do Estado e da Constituição**. Canoas, RS, 2008.

SANTOS, B. de S. Subjetividade, Cidadania e Emancipação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 32. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Centro de Estudos Sociais. 1991.p 135-191.

SANTOS, B. de S. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. In: SANTOS, B. de S. (org.) **Reinventar a emancipação social:** para novos manifestos. (coleção) Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B. de S. Para uma Sociologia das Ausências e uma Sociologia das Emergências. In: SANTOS, B. de S. (org.) **Conhecimento prudente para uma vida decente:** um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, B. de S. Para uma democracia de alta intensidade. In: **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.** São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, B. de S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez, 2009.

SANTOS, L.A.C. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados. Revista de Ciências Sociais**, 1985.

SANTOS JUNIOR, O.A. dos. **Democracia e governo local:** dilemas da reforma municipal no Brasil. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2001.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça.** Campus, Rio de Janeiro, 1979.

SANTOS, W.G. **Décadas de espanto e uma apologia democrática.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SHIMIZU, H.E. (org.). **O Controle Social em Saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno- RIDE/DF-** Uma experiência de construção de participação democrática. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2009.

SILVA, E. **História de Brasília:** Um sonho, uma esperança, uma realidade. Brasília: CDL, 1997.

SILVA JR., A. G., 1998. **Modelos tecnoassistenciais em saúde.** São Paulo: Hucitec.

SILVA, S.F. da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, F.A.B.da; ABREU, L.E.L. de. Saúde: capacidade de Luta - a experiência do Conselho Nacional de Saúde. In: IPEA, **Pesquisa: O Sistema da Saúde Brasileiro, Estratégias e Tendências.** Brasília, dezembro, 2002.

SILVA, E. **História de Brasília: um sonho, uma esperança, uma realidade,** Brasília: CDL, 1997.

SILVA, F.A.B.S; ABREU, L.E.L. Saúde: Capacidade de Luta- A experiência o Conselho



Nacional de Saúde. **IPEA: Texto para discussão | 933** | dez 2002.

SOUZA, C. Construção e consolidação de instituições democráticas: papel do orçamento participativo. **São Paulo em Perspectiva**, 15(4):84-97, dez 2001.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3):431-442, 2002.

SOUZA, E.; MORAES SOUZA, A.M.A; SANTOS, I. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 1. Brasília: OPAS; 1993

SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

TEIXEIRA, C.F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Salvador – BA 1991; 44 (1):10-15.

TEIXEIRA, E. C. Movimentos Sociais e Conselhos. A participação popular nos conselhos de gestão. **Cadernos da ABONG**, São Paulo, n. 15, p. 7-19, jul. 1996.

TEIXEIRA, E. C. As Dimensões da Participação Cidadã. **Caderno CRH**,. Salvador, n. 26/27, p. 179-209, jan./dez. 1997.

TEIXEIRA, E. C. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001.

TEIXEIRA, S.M.F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes médicas/ABRASCO, 1992.

TOKARSKI, C.P. **Com quem dialogam os bacharéis de direito da Universidade de Brasília?** A experiência da extensão jurídica popular no aprendizado da democracia. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

VASCONCELOS, A. (1988) **As cidades satélites de Brasília**. Brasília: Ed. Do autor.

VIANA, A. L. d'A. et al. Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública** . 2006, vol.22, suppl., pp. S57-S67.

VIEIRA, M.M.F.; CARVALHO, C.A.P. Qualidade e objetivos: implicações teóricas e metodológicas para a análise das organizações. In: VIEIRA, M.M.F.; OLIVEIRA, L.M.B. (Orgs.). **Administração contemporânea: perspectivas estratégicas**. São Paulo: Atlas, 1999. p.121-47.

ZANETTI, C.H.G. **As marcas do mal estar social no Sistema Único de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80.** Rio de Janeiro, 1993. Dissertação Mestrado-ENSP- FIOCRUZ.

### **Sites visitados:**

**GDF a, 2010, Governo do Distrito Federal.** Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista\\_de\\_regi%C3%B5es\\_administrativas\\_do\\_Distrito\\_Federal](http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_regi%C3%B5es_administrativas_do_Distrito_Federal)> . Acesso em: abr 2010.

**GDF b, 2010 Governo do Distrito Federal.** Disponível em: <[http://www.df.gov.br/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=13553](http://www.df.gov.br/00301009.asp?ttCD_CHAVE=13553)>. Acesso em: mar.2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional.** IBGE, 2003. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d>> Acesso em: abr. 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE,** 2009 - Disponível em: <[http://www.geocities.com//thetropics/3416/pop\\_df.htm](http://www.geocities.com//thetropics/3416/pop_df.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2010

BRASIL, 2007, **Ministério da Saúde.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1498](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1498)>. Acesso em: 23 maio 2010.

**PNUD-** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas>>. Acesso em: 14 nov. 2009

BRASIL. **Decreto-lei federal nº 311, de 2 de março de 1938:** <<http://www.soleis.adv.br/>>. Acesso em: 13 maio 2010.

**WIKIPEDIA.ORG,** 2010- Obtido em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista\\_de\\_regi%C3%B5es\\_administrativas\\_do\\_Distrito\\_Federal](http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_regi%C3%B5es_administrativas_do_Distrito_Federal)> Acesso em: 14 abr 2010.

**Jornal Tribuna do Brasil,** 2008. Disponível em: <[http://www.tribunado brasil.com.br/site/?p=noticias\\_ver&id=1004](http://www.tribunado brasil.com.br/site/?p=noticias_ver&id=1004)> Acesso em: 12 abr. 2010

## **ANEXOS**

## **ANEXO I: Questionário aplicado a um funcionário do Conselho de Saúde do DF**

- 1- Cite o número de conselhos atuantes e quais são.
- 2- Relacione quantos e quais têm sede própria.
- 3- Responda se algum conselho regional tem secretária assalariada, ou algum membro do conselho, assalariado.
- 4- Os Conselhos Regionais tem regimento próprio ou são regidos pelo do conselho do DF?
- 5- Se os CRS possuírem regimento próprio, Conselho do DF tem cópia de algum?
- 6- O conselho possui algum outro documento sobre os conselhos Regionais?
- 7- As discussões e decisões acontecidas no conselho são passadas para o Conselho do DF?
- 8- Se sim, de que forma, por documento, cópia da ata, ou de outra forma?

**ANEXO II - Roteiro para entrevistas semiestruturadas com os conselheiros de saúde distritais e com os gestores**

- 1- Na sua percepção, qual tem sido o impacto da existência do Conselho para a formulação das Políticas de Saúde no Controle Social e no controle da sua execução no DF. Como o Conselho tem atuado na formulação das Políticas e no controle delas?
- 2- Na sua opinião, esse Conselheiros estão preparados para debater e decidir sobre os assuntos de Saúde da população? O que você espera da sua participação como conselheiro de saúde?
- 3- Para você, qual é o papel do Conselho de Saúde?
- 4- Qual a relação dos CRS com a Secretaria de Saúde do DF? Como você acha que deve ser esta relação?
- 5- Quais os principais temas, que em sua opinião devem ser tratados nas reuniões do conselho?
- 6- Como é que é atuar no Conselho e também participar na gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal?
- 7- A Secretaria, ela tem assegurado estrutura para o funcionamento do Conselho. O Conselho tem uma sede, eles têm um pessoal administrativo?
- 8- Quantos conselhos estão funcionando e qual a estrutura dele?
- 9- Outros segmentos da sociedade participam das reuniões do conselho? Se sim, quando?
- 10- Quais são os mecanismos utilizados pelo Conselho e pela própria Secretaria de Saúde para o levantamento e priorização dos problemas da população?
- 11- Como é que as necessidades de saúde têm sido trabalhadas pela Secretaria e pelo Conselho?
- 12- Fale um pouco da relação da atenção básica com a assistência de média e alta complexidade?
- 13- Como é que a Atenção Básica está organizada, como ela está funcionando hoje? E como é que é o nível de satisfação do usuário? Ele tem grande parte de seus problemas resolvidos ou ainda existe uma quebra nesta articulação da Atenção Básica com a Especializada?
- 14- Como o senhor percebe o acesso das famílias ao serviço de saúde, como está organizado o serviço para atender à comunidade, os horários de atendimento e quais os serviços disponíveis.
- 15- Fale sobre a forma de articulação dos serviços de atenção básica com os serviços dos diferentes níveis de atenção, por exemplo, um hospital mais especializado.
- 16- O serviço de atenção básica tem assumido o papel de coordenador da assistência em todos os níveis de atenção? O que ainda falta?
- 17- Diga como se dá a comunicação/informação sobre os indivíduos/famílias com os profissionais de outros serviços de diferentes níveis de atenção.
- 18- Como são as reuniões do conselho? Como é definida a pauta? Como são encaminhadas as deliberações?
- 19- O Conselho tem trabalhado com as decisões da Conferência Distrital de Saúde? Como é que está a operacionalização do que foi considerado prioridade nesta Conferência?
- 20- Em sua opinião quais seriam as estratégias para fomentar a participação, essa participação social

### **ANEXO III: Roteiro para entrevistas semiestruturadas com os conselheiros regionais de saúde do DF**

1. Como você chegou a membro do Conselho de Saúde da sua Região Administrativa?
2. O que motivou sua participação neste conselho? Você participa ou já participou de outro conselho? Qual?
3. Há quanto tempo você participa do CRS?
4. Em sua opinião qual a sua principal função como membro do CRS? E quais as outras funções?
5. O que você espera da sua participação como conselheiro de saúde?
6. Para você, qual é o papel do Conselho Local de Saúde?
7. Como você foi indicado para participar do conselho? Você acha que representa o segmento que o indicou para o conselho? Se sim, como você faz esta representação?
8. Como são escolhidos os membros do conselho? Como você classifica este processo de escolha? É um processo democrático ou é indicação política? O que acha disso?
9. Quais os principais temas, que em sua opinião devem ser tratados nas reuniões do conselho?
10. Como o senhor percebe o acesso das famílias ao serviço de saúde, como está organizado o serviço para atender à comunidade, os horários de atendimento e quais os serviços disponíveis.
11. Fale sobre a forma de articulação dos serviços de atenção básica com os serviços dos diferentes níveis de atenção, por exemplo, um hospital mais especializado.
12. O serviço de atenção básica tem assumido o papel de coordenador da assistência em todos os níveis de atenção? O que ainda falta?
13. Diga como se dá a comunicação/informação sobre os indivíduos/famílias com os profissionais de outros serviços de diferentes níveis de atenção.
14. Para você qual o principal problema de saúde da sua RA? Como chegou a esta conclusão? Esta é também a opinião dos outros conselheiros? Por quê?
15. A sua participação como conselheiro tem influenciado de alguma forma nas decisões do conselho? Como?
16. Qual a relação do CLS com a Secretaria de Saúde do DF? Como você acha que deve ser esta relação?
17. Como são as reuniões do conselho? Como é definida a pauta? Como são encaminhadas as deliberações?
18. Você discute as decisões e questões surgidas nas reuniões do conselho, com a instituição que você representa? Se sim, como é que você faz isso, por meio de reuniões, conversa só com o presidente da entidade, ou de outra forma?
19. Outros segmentos da sociedade participam das reuniões do conselho? Se sim, quando?
20. Você percebe alguma relação dos problemas de saúde da sua RA com os problemas das outras RA?
21. Para você, qual é o melhor caminho para a solução dos problemas de saúde da sua RA?

## **ANEXO IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para conselheiros locais de saúde do DF e Informantes-chave**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, pelos contatos: Contatos: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br)/61-33073799, [www.unb.br/fs/cep](http://www.unb.br/fs/cep).

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Título do Projeto: O Controle Social no SUS - Análise da capacidade democrática dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal

Pesquisadora Responsável: Edsaura Maria Pereira, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Telefones para contato (inclusive ligações a cobrar): (62) 8409-2800 Ou (62) 3205-6318 e pelo *e-mail*: [edsauramaria@gmail.com](mailto:edsauramaria@gmail.com)

Esta pesquisa tem como **objetivo** analisar o processo de participação social conselheiro na constituição do controle social na saúde nas Regiões Administrativas do DF, a fim de verificar as suas potencialidades e fragilidades na gestão local das políticas públicas do SUS.

Se você resolver participar, terá que responder no total de 20 perguntas do roteiro de entrevista. Você deverá demorar cerca de 60(sessenta) minutos para respondê-las.

Como **benefício** indireto por participar deste estudo, você poderá contribuir para o fortalecimento do controle social da saúde na sua Região.

O único risco previsto para você, como participante desta pesquisa, é a possibilidade eventual de você se sentir constrangido, pessoalmente, frente ao esclarecimento (ou divulgação) sobre o tema. Todavia garanto que você não será identificado por meio desta entrevista.

Adicionalmente, você terá a garantia de que receberá esclarecimento sobre o estudo sempre que preciso.

Nenhuma penalidade lhe será imposta caso você não queira participar ou desista, em qualquer momento, de continuar contribuindo com o estudo.

Como este estudo não implica em gastos financeiros para você, sujeito participante, não está previsto nenhuma forma de ressarcimento.

Recurso previsto para realização da entrevista ou grupo focal: roteiro para condução e gravador.

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ \_\_\_\_\_, CPF/ n.º \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito do estudo que tem como objetivo analisar o processo de participação social do conselheiro local de saúde, na constituição do controle social na saúde das RA do DF, a fim de verificar as suas potencialidades e fragilidades na gestão local das políticas públicas do SUS.

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Edsaura Maria Pereira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade de minha atividade profissional.

Brasília, de \_\_\_\_\_ de 2009.

-----  
Assinatura do Voluntário (a)

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **ANEXO V: Variáveis para o ALCESTE**

- Idade:
  - 1- 25 a 40
  - 2- 40 a 55
  - 3- 55 a 65
  
- Tempo de exercício como conselheiro-
  - 0- não é conselheira
  - 1- 1 a 5;
  - 2- 5 a 10;
  - 3- mais de 10
  
- Escolaridade
  - 1- fundamental
  - 2- médio
  - 3- superior
  
- Segmento
  - 1-Usuário
  - 2-Trabalhador
  - 3-Gestor / prestador

## ANEXO VI: DF e Regiões Administrativas-RA

- RA I Brasília
- RA II Gama
- RA III Taguatinga
- RA IV Brazlândia
- RA V Sobradinho
- RA VI Planaltina
- RA VII Paranoá
- RA VIII Núcleo Bandeirante
- RA IX Ceilândia
- RA X Guará
- RA XI Cruzeiro
- RA XII Samambaia
- RA XIII Santa Maria
- RA XIV São Sebastião
- RA XV Recanto das Emas
- RA XVI Lago Sul
- RA XVII Riacho Fundo
- RA XVIII Lago Norte
- RA XIX Candangolândia
- RA XX Águas Claras
- RA XXI Riacho Fundo II
- RA XXII Sudoeste/Octogonal
- RA XXIII Varjão
- RA XXIV Park Way
- RA XXV SCIA - Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
- RA XXVI Sobradinho II
- RA XXVII Jardim Botânico
- RA XXVIII Itapoã
- RA XXIX SIA - Setor de Indústria e Abastecimento
- RA XXX Vicente Pires

Obtido em:

<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista\\_de\\_regi%C3%B5es\\_administrativas\\_do\\_Distrito\\_Federal](http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_regi%C3%B5es_administrativas_do_Distrito_Federal)> Acesso em: 12 abr. 2010.

\*Dados populacionais e de crescimento demográfico das RAS criadas até 2000.

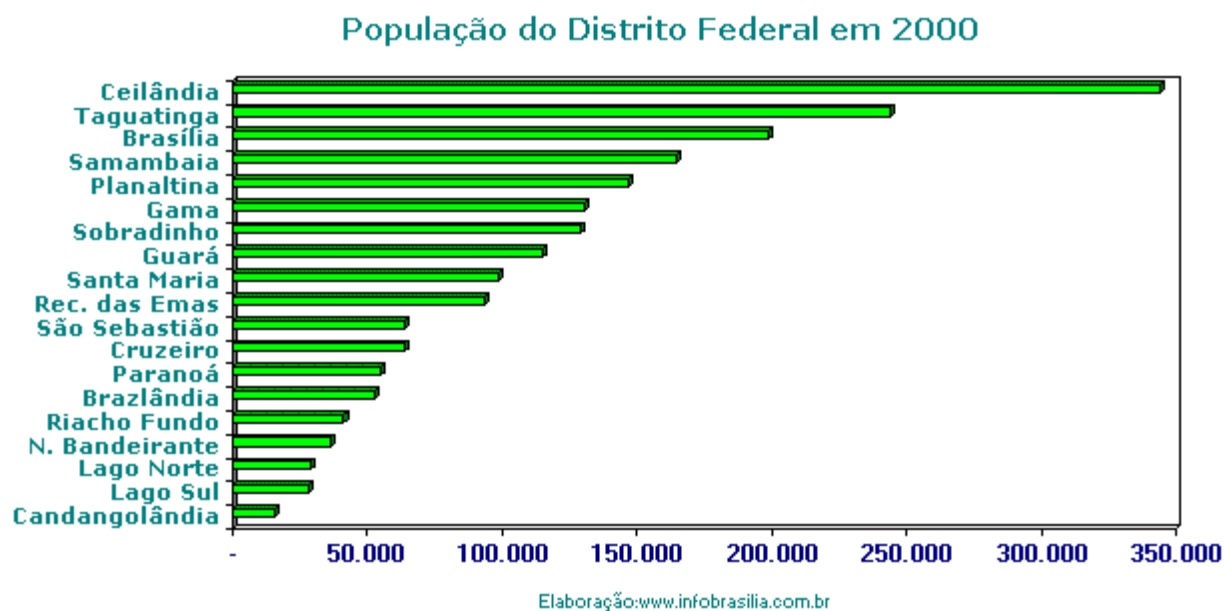
Região Administrativa (1)	População em 1996 (2)	População em 2000 (3)	Crescimento 2000/1996 (%)
I Brasília	199.020	198.422	-0,3
II Gama	121.630	130.580	7,4
III Taguatinga	221.250	243.575	10,1
IV Brazlândia	47.720	52.698	10,4
V Sobradinho	101.090	128.789	27,4
VI Planaltina	115.830	147.114	27,0
VII Paranoá	47.160	54.902	16,4
VIII Núcleo Bandeirante	31.200	36.472	16,9
XIX Ceilândia	342.830	344.039	0,4
X Guará	102.910	115.385	12,1
XI Cruzeiro	55.730	63.883	14,6
XII Samambaia	157.400	164.319	4,4
X Santa Maria	87.750	98.679	12,5
XIV São Sebastião	44.180	64.322	45,6
XV Recanto das Emas	51.990	93.287	79,4
XVI Lago Sul	28.410	28.137	-1,0
XVII Riacho Fundo	21.370	41.404	93,7
XVIII Lago Norte	25.700	29.505	14,8
XX Candangolândia	13.830	15.634	13,0
T O T A L	1.817.000	2.051.146	12,9

Fonte: IBGE - CODEPLAN - IDHAB/DF, 2003

\*Nota: 10 novas Regiões Administrativas foram criadas entre 2003 e 2005. Ainda não há dados atualizados sobre elas.

1. 'Brasília', na tabela acima, se refere apenas à Região Administrativa de Brasília. (ou seja, corresponde basicamente ao "traçado do avião" - a Asa Sul e a Asa Norte) Na tabela acima: O Setor Sudoeste fazia parte da R.A. (Região Administrativa) do Cruzeiro. Águas Claras fazia parte da R.A. de Taguatinga. Alguns dos "Condomínios do Lago Sul" faziam parte da R.A. de São Sebastião.
2. População do Censo de 1996 - Dados Preliminares.
3. População do Censo Demográfico 2000.

DF e Regiões Administrativas-RAs  
Gráfico demonstrativo da distribuição da população no DF, 2000.



Fonte: IBGE - CODEPLAN - IDHAB/DF, 2003.



