

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
URI - CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
PRO-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO -
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EMANCIPATÓRIAS DESENVOLVIDAS PELOS E
COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE COM VISTAS A EFETIVAÇÃO DO
CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE**

Frederico Westphalen, setembro de 2013

CAROLINE OTTOBELLI

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EMANCIPATÓRIAS DESENVOLVIDAS PELOS E
COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE COM VISTAS A EFETIVAÇÃO DO
CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentado como requisito parcial para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen.

Orientador (a): Profº Drº Cênio Back Weyh

Frederico Westphalen, setembro, 2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por ter escutado as minhas preces e ter me dado forças para não desistir mediante os obstáculos que se sobrepuseram e por ter me dado essa oportunidade de hoje, estar fazendo esses agradecimentos.

Um agradecimento especial aos meus pais, Hermes e Irte, que lutaram junto comigo, me apoiaram, transmitiram palavras de carinho e conforto nas horas mais difíceis que se sobrepuseram nesses dois anos, por terem abdicado de muitos sonhos por mim. Meu muito obrigado pois se não fosse com o apoio de vocês eu nunca teria conseguido.

Ao meu irmão Daniel por sempre ter torcido por mim.

A minha tia, madrinha e segunda mãe Iria, pelos ensinamentos transmitidos ao longo de minha vida, pela motivação, pelas palavras de carinho e pela dedicação que sempre teve em prol de mim.

Ao meu noivo Roberto, pelos momentos belíssimos de convivência, pela paciência e abdicção. Por ter compartilhado comigo minhas impaciências, cansaços, frustrações e acima de tudo por, nestes dez anos, ter apoiado minhas escolhas.

Agradecer a todos os meus amigos e amigas pelos momentos felizes que vivemos juntos.

As minhas colegas do curso de Enfermagem da URI, pelos momentos de alegria, apoio, compreensão e ajuda. Pelas vezes que me disseram que eu conseguiria, pelas torcidas, muito obrigada por tudo.

Quero agradecer a todos os professores do mestrado que muito mais que mestres foram amigos, pois além de transmitir conhecimentos nos mostraram o verdadeiro sentido da educação.

Aos professores membros da banca de qualificação e defesa, Edite e Danilo, que contribuíram com o desenvolvimento dos trabalhos através de sugestões e recomendações feitas.

Quero agradecer meu orientador, professor Cênio, que acreditou em mim nas mais diversas circunstâncias, demonstrando que um dia eu chegaria lá. Por ter

me auxiliado e me apoiado no desenvolvimento deste trabalho, pelos ensinamentos, pelos conselhos e acima de tudo, por ter me mostrado que só conseguiremos alcançar a plenitude se tudo o que fizermos for realizado com muito amor, compromisso e dedicação. Meu muito obrigado.

IDENTIFICAÇÃO

Instituição de Ensino/Unidade

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Campus de Frederico Westphalen

Reitoria

Reitor: Luiz Mario Silveira Spinelli

Pró-reitor de ensino: Rosane Vontobel Rodrigues

Pró-reitor de pesquisa: Giovani Palma Bastos

Pró-reitor de administração: Clóvis Quadros Hempel

Direção do Campus

Diretor Geral: César Luís Pinheiro

Diretora Acadêmica: Silvia Regina Canan

Diretor Administrativo: Nestor Henrique De Cesaro

Departamento/Curso

Curso de Mestrado em Educação – Coordenadora: Edite Maria Sudbrack

Orientador

Profº Drº Cênio Back Weyh

Mestranda

Caroline Ottobelli

RESUMO

O controle social em saúde é uma forma de controle da população organizada, nos diversos segmentos sociais, sobre o governo. Além disso, busca a participação popular junto a formulação de políticas públicas para melhoria da qualidade de vida da população. O Controle Social é efetivado junto a fóruns, legalmente institucionalizados, como os conselhos de saúde. Contudo, para que os conselheiros venham a desempenhar este papel, os mesmos devem estar emancipados. Somente sujeitos emancipados podem lutar pelos interesses de uma coletividade. Entretanto, só alcançamos a emancipação se vivenciarmos uma educação emancipatória. A educação emancipatória trabalha na perspectiva de fazer com que os sujeitos manifestem suas opiniões e não sejam facilmente influenciados por visões contrárias ao bem comum. Diante disto, foi desenvolvido um estudo o qual teve por objetivo compreender quais as estratégias educativas emancipatórias são desenvolvidas pelos/com os conselheiros de saúde em meio a sua atuação a fim de promover avanços na democratização da sociedade. Tal estudo foi desenvolvido junto aos conselheiros municipais de saúde e comunidade em geral dos 3 municípios de maior IDESE da 19ª CRS, totalizando 18 sujeitos. Para a coleta de dados, utilizamos a técnica de entrevista, já para a análise de dados, fizemos uso da técnica de análise de conteúdo. O trabalho divide-se em 3 capítulos, nos quais o pesquisador apresenta elementos da história, conceito e evolução da educação emancipatória, sendo que no segundo capítulo, é apresentada uma discussão acerca do controle social e os conselhos municipais de saúde. No capítulo final, descrevemos o caminho metodológico e como se deu a pesquisa de campo, por meio da qual foi possível observarmos, junto á comunidade em geral e conselheiros de saúde, se existiam estratégias educativas emancipatórias junto aos conselhos municipais de saúde. Por fim, reafirma-se que este estudo nos possibilitou observar que poucas são as estratégias educativas emancipatórias desenvolvidas com e pelos conselheiros municipais de saúde junto aos conselhos de saúde estudados, o que nos leva a crer que existe a necessidade de estarmos fortalecendo estes espaços de exercício do controle social.

Palavras-chave – Educação emancipatória. Controle social. Conselho municipal de saúde. Comunidade em geral.

ABSTRACT

Social control in health is a form of population control organized in the various social segments, about the Government. In addition, search popular participation in the formulation of public policies to improve the quality of life of the population. Social control is effected by the forums, legally institutionalized as health councils. However, for which the elders come to play this role, the same must be emancipated. Only subject emancipated can fight for the interests of a collective. However, we achieved the emancipation if experiencing an emancipatory education. Emancipatory education works in order to make the subject express their opinions and are not easily influenced by views contrary to the common good. Before this, was developed a study which aimed to understand which the emancipatory educational strategies are developed by/with the health advisors in the midst of its activities in order to promote advances in democratization of society. Such a study was developed by the municipal health and community advisors in 3 municipalities of greater general IDESE of the 19th CRS, totaling 18 subjects. For data collection, we use the interview technique, for data analysis, we made use of the technique of content analysis. The work is divided into 3 chapters, in which the researcher introduces elements of history, concept and development of emancipatory education, being that in the second chapter, a discussion of social control and the municipal health councils. In the final chapter, we describe the methodological path and as the field research, by means of which it was possible to observe, by the community in General and health advisers, whether there were educational strategies with the emancipatory municipal health councils. Finally, reaffirms that this study enabled us to observe that few are the emancipatory educational strategies developed with and by municipal health counselors with the health boards studied, which leads us to believe there is a need to be strengthening these spaces for exercise of social control.

Keywords – Emancipatory education. Social control. Municipal health Council. Community at large

LISTA DE SIGLAS

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

IDESE – Índice de desenvolvimento sócio econômico

IDH – Índice de desenvolvimento humano

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA: UMA BREVE RETROSPECTIVA	18
3 EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL: O PAPEL DOS CONSELHOS DE SAÚDE FRENTE A PARTICIPAÇÃO POPULAR.....	32
4 EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA COMO UM INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL	45
4.1 Da organização das reuniões dos conselhos municipais de saúde.....	47
4.2 Da concepção da comunidade sobre o conselho municipal de saúde à visão dos conselheiros e da própria comunidade.....	53
4.3 Da forma de escolha dos conselheiros e a interferência sob as ações do conselho municipal de saúde.....	58
4.4 Da qualificação dos conselheiros de saúde	67
4.5 O conselho municipal de saúde como um espaço de e luta da população.....	72
5 CONCLUSÃO	83
6 REFERÊNCIAS.....	90
7 APÊNDICES.....	102
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS CONSELHEIROS.....	103
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM A COMUNIDADE EM GERAL.....	106
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108

1 INTRODUÇÃO

Discutir o controle social em saúde como um constituinte da educação emancipatória requer a explicitação dos fundamentos em torno de um projeto de participação popular, tendo em vista a construção de uma consciência participativa, crítica, reflexiva e comprometida com a sociedade de uma forma geral.

As pesquisas de Campos (2006) destacam que o controle social em saúde como prerrogativa da sociedade civil, envolve o desenvolvimento e afirmação de competências diversas. Primeiro, por se tratar de um processo político, segundo, por que também é demanda de natureza técnica, terceiro, pela dimensão ética que contempla. O controle social em saúde compreende um instrumento de participação popular. Isto implica dizer que o controle social em saúde é compreendido como uma forma de controle da população quanto à formulação e implantação de políticas de saúde junto à comunidade. Portanto, é apontado como uma estratégia de influência da população organizada nos inúmeros segmentos sociais sobre o governo, estando intrinsecamente relacionado às políticas sociais, visto que o mesmo está ligado à democracia representativa, prometendo melhorias nas condições de vida das comunidades.

Nesse sentido, entende-se que a prática do controle social em saúde se materializou por meio da institucionalização dos conselhos e conferências de saúde, os quais trouxeram a possibilidade de se estabelecer os direitos sociais ante um controle social efetivo atuando na perspectiva da construção de políticas de saúde voltadas aos interesses da população.

Com relação aos conselhos de saúde, que são órgãos colegiados de caráter deliberativo, formuladores e fiscalizadores das políticas de saúde nas três esferas do governo (municipal estadual e federal). Assim, foram criados com a finalidade de estimular na população a busca pelo exercício do controle social efetivo na saúde, com vistas à fortificação de um Sistema de Saúde que garanta a participação popular.

Os conselhos de saúde são formados por conselheiros distribuídos de forma paritária. A eles é imbuído o atributo de formular, controlar e fiscalizar a execução das ações em saúde. Kleba *et al.* (2007) entendem que os conselheiros de saúde

exercem um importante papel junto a sociedade, pois são eles quem representam toda a população junto aos conselhos de saúde, os quais compreendem fóruns de exercício de controle social. Também, os conselheiros desempenham a função de estimular a população em geral a exercerem a participação popular que a ela é garantida constitucionalmente.

Dessa maneira, não só os conselheiros de saúde são importantes para o exercício do controle social, mas também, a comunidade em geral, pois é esta população que, teoricamente, escolhe seus representantes, no caso, o segmento dos usuários, junto ao conselho municipal de saúde. Além disso, a população em geral, por mais que não tenha direito ao voto, tem direito à voz junto ao conselho, por isso, exerce um importante papel junto à efetivação do controle social, pois é ela que reconhece as reais necessidades da comunidade, possibilitando que questões realmente pertinentes sejam levadas até os conselhos de saúde.

O controle social apresenta-se como um dos elementos constitutivos da esfera pública, devendo articular-se aos demais processos sócio-político-culturais, mediadores da conformação da esfera pública. Para sua efetivação é necessário o enfrentamento de alguns desafios associados à mobilização e à participação, sobretudo a ampliação da participação dos usuários do sistema de saúde. (MARTINS et al., 2008).

Assim, o controle social em saúde dispõe de um fórum, no caso os conselhos de saúde, aonde o mesmo pode ser exercido pela sociedade. Entretanto, para que ele venha a desenvolver o verdadeiro papel que lhe é imbuído, a emancipação, tanto da sociedade em geral, quanto dos próprios conselheiros, se faz necessária.

De acordo com Adorno (2000), emancipar-se significa ter decisões conscientes e independentes, através de uma consciência verdadeira, sendo uma conexão com uma sociedade verdadeiramente democrática. A emancipação é conscientização e adaptação dos homens ao mundo.

Em Adorno (2003, p.143)

Emancipação significa o mesmo que conscientização e racionalidade. Dessa maneira, a emancipação deve fortalecer princípios individuais e sociais (adaptação e resistência). Contudo, o fortalecimento da resistência deve ser maior do que a adaptação.

Por isso, “emancipação não é atitude isolada, porque nada em sociedade é espontâneo estritamente. Precisa ser motivada, mas não pode ser conduzida. Não

há como emancipar alguém se este não assumir o comando do processo”. (STIVAL; SUDBRACK, 2008, p.09).

Pelo fato da emancipação compreender a capacidade de tomar decisões conscientes e imbuídas em conceitos construídos em torno de arcabouços científicos ou não, mas que leva em consideração o bem comum, é que a educação em torno dela se faz necessária. A educação emancipatória tem o poder de produzir uma consciência verdadeira, aonde as pessoas sejam emancipadas em seus conhecimentos.

Conforme Freire (1979), a educação emancipatória compreende uma educação humanizante, circunscrita às sociedades e homens concretos. É superadora da alienação e potencializadora de mudanças e, sobretudo, da libertação social, tornando o homem sujeito, não mero objeto. Dessa maneira, a educação emancipatória busca libertar os sujeitos e estimular que estes manifestem suas opiniões e inquietações. Ainda, a educação emancipatória proporciona voz a quem quer ser ouvida, espaço para quem quer não ser mais mero espectador.

Para que isso realmente ocorra, é necessário haver a institucionalização de estratégias educativas de caráter emancipatório. As estratégias educativas emancipatórias podem ser caracterizadas, conforme Mesquita (2011), como ações que possibilitam inserir os cidadãos em processos coletivos (vivos) de reprodução de suas vidas. Compreendem estratégias que possibilitam o reconhecimento de uma realidade e, a partir desta, promover mudanças em determinados cenários. Além disso, as estratégias educativas emancipatórias possibilitam aos sujeitos serem partes inerentes aos fazeres educativos, ou seja, eles têm a possibilidade de intervirem concretamente na realidade, percebendo a possibilidade (e dificuldade) de abrir fendas e espaços num mundo hegemonicamente saturado. (2011).

Entretanto, a adoção de estratégias educativas de cunho emancipatórias vem para preparar os sujeitos, e mesmo os conselheiros de saúde, para que possam exercer o controle social efetivo. Somente por meio de estratégias educativas emancipatórias é que os conselheiros de saúde e a população em geral serão capazes de colocar o controle social em prática, tendo em vista que a mudança desejada depende da capacidade de problematização dos envolvidos. Sem a emancipação dos conselheiros e da comunidade em geral, se torna impossível criar junto a eles uma mentalidade participativa, aonde esses possam se ver como protagonistas das transformações e agentes da ação.

Em face disso, formulamos o seguinte problema de pesquisa que nos remete à investigação do objeto de estudo: **Quais as estratégias educativas formativas de caráter emancipatórios que são desenvolvidas pelos e com os conselheiros de saúde com o objetivo de qualificar a sua atuação?**

O objeto de investigação compreendeu a busca de quais as estratégias educativas emancipatórias que são desenvolvidas pelos e com os conselheiros de saúde em meio a sua atuação a fim de que o controle social possa ser exercido através da participação popular qualificada, tendo no horizonte o comprometimento com a promoção da democratização da sociedade. Diante disso, buscou-se abarcar, neste estudo, a caracterização da educação emancipatória como uma mediação para o desenvolvimento do controle social em saúde; evidenciar possíveis estratégias educativas emancipatórias que são desenvolvidas pelos conselheiros de saúde com vistas a estimular a comunidade em geral a exercer o controle social em saúde de forma efetiva; visibilizar possíveis programas de formação dirigidos aos conselheiros municipais de saúde; demarcar a gestão participativa como um princípio para o exercício do processo de controle social; destacar os espaços em que os conselheiros e a comunidade em geral constroem as lutas por melhores condições de saúde e vida da população; relacionar a escolha dos conselheiros e sua interferência na ação do conselho; evidenciar a relação dos municípios com maior IDESE com suas estratégias educativas emancipatórias ligadas ao exercício do controle social em saúde e; identificar a participação da comunidade em geral no trabalho dos conselhos e nas atividades dos conselheiros de saúde.

Entendemos a pertinência de desenvolver o referido estudo, o qual buscou levantar as estratégias educativas emancipatórias junto aos conselhos municipais de saúde, em razão de nossa trajetória de vida acadêmica e profissional, engajadas nos anseios de transformações sociais que, por sua vez, só são possíveis pela mediação da educação emancipatória, tendo em vista a construção de uma consciência social participativa, reflexiva e, por isso emancipatória, que leve a um controle social efetivo na saúde.

Inicialmente tivemos contato com o tema “controle social” enquanto bolsistas de Iniciação Científica, aonde trabalhamos no projeto chamado “Caracterização dos conselhos de saúde dos municípios pertencentes à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)”. A referida pesquisa de sujeito qualitativo e quantitativo acerca da

caracterização dos conselhos foi desenvolvida nos anos de 2006 a 2008, com conselheiros que manifestaram interesse em participar do estudo.

Mais tarde, enquanto bolsistas de Extensão, desenvolvemos o subprojeto denominado: “Propondo ações ao Conselho Municipal de Saúde”, o qual foi parte integrante do projeto de extensão intitulado como: “Gestão participativa em saúde: a busca pela concretização do SUS no município de Frederico Westphalen”, que comportava mais cinco linhas de trabalho. Tais linhas de atuação vieram para reforçar a ideia de uma gestão descentralizada e compartilhada, vinculada aos princípios do SUS.

Entretanto, nossa caminhada com o controle social não parou por aí. No ano de 2008 apresentamos o Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, também desenvolvendo esta temática, tendo como título: “Desenvolvendo ações de mobilização social na busca pelo exercício do controle social no Sistema Único de Saúde”. O trabalho compreendeu o desenvolvimento de atividades que visavam a mobilização, tanto da comunidade em geral, quanto dos próprios conselheiros, de exercerem, de forma efetiva, o controle social.

Na especialização também acabamos por trabalhar, novamente, com o controle social. Na ocasião realizamos uma pesquisa bibliográfica na qual buscamos identificar, na literatura nacional, a produção científica sobre a temática: controle social na saúde.

Nos anos de 2010 e 2011, já como docentes da URI – Campus de Frederico Westphalen, desenvolvemos um Projeto de Iniciação Científica denominado “Reflexão crítica acerca do exercício do controle social: ponto de vista de profissionais enfermeiros(as). O estudo teve por objetivo buscar, junto aos enfermeiros dos municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), qual a visão deles a respeito do exercício do controle social. Para a coleta de dados recorremos a técnica do Círculo de Cultura proposto pelo educador Paulo Freire.

Em 2011 a 2012, realizamos, também, um Projeto de Iniciação Científica, no qual se buscou identificar a visão de líderes comunitários a respeito do exercício do controle social. O estudo tinha como título: “O exercício do controle social: ponto de vista de lideranças comunitárias”, o qual se desenvolveu em uma comunidade situada junto ao município de Frederico Westphalen - R/S.

No ano de 2011, já há dois anos como docente da URI – Campus de Frederico Westphalen, ingressamos no Programa de Mestrado em Educação, junto à referida universidade. Optamos em cursar o Mestrado em Educação, diante das dificuldades oriundas da prática docente, tendo em vista o fato de que nos graduamos em um curso de bacharelado, no caso em enfermagem, o qual não nos fornecia subsídios suficientes para atuar junto à docência. Entendemos que o Mestrado em Educação poderia ser uma oportunidade para melhorar a prática docente e, além disso, viabilizar a possibilidade de articular a educação com a temática do controle social, já há muito tempo estudada por nós.

Nesta caminhada de investigação sobre o controle social em saúde, entendemos que o presente estudo se encaixa na continuidade do aprofundamento da temática pesquisada, tendo em vista a possibilidade do Curso de Mestrado em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen R/S, bem como a Linha de Pesquisa “Políticas Públicas e Gestão da Educação” que estamos inseridos, oferecer subsídios para enriquecer a compreensão a respeito da pertinência na defesa de uma educação emancipatória em vista da efetivação do controle social no campo da saúde.

Neste contexto e mediante a constatação do alto índice de corrupção no país o tema em estudo toma um caráter de importância ainda maior. O controle social requer e significa uma forma de controle, da população organizada, sobre a ação do estado.

No estudo de Miranda (2009), sobre o custo da corrupção para a economia brasileira, observou-se que a economia perde com sua prática nefasta de 3% a 5% do produto interno bruto (PIB), o que equivale a 72 bilhões de reais, o que representa mais de sessenta vezes do valor que o Governo Federal investiu em todo o setor de transportes no ano de 2004. A mesma pesquisa revela que a redução de apenas 10% no nível de corrupção aumentaria em 50% a renda per capita do brasileiro num período de 25 anos, bem como de que aqueles países que forem bem-sucedidos no combate à corrupção podem aumentar seu produto interno bruto em até 400%. O problema é tão grave que em um país corrupto, levando-se em contra o pagamento de propinas e as perdas de produtividade com a burocracia, um investimento acaba saindo, em média, 20% mais caro.

Atualmente, algumas medidas vêm sendo tomadas no intuito de combater a corrupção no país. Dentre estas ações está a criação da Lei da Transparência (Lei

Complementar nº 131) a qual prevê a transparência da gestão fiscal nos municípios, estados e união através da disponibilização de informações orçamentárias. (BRASIL, 2012). Contudo, é importante frisar que além da Lei da Transparência, que obriga os gestores a divulgarem as informações orçamentárias em tempo real, existem outros artifícios para promover o controle das ações do Estado, no que tange os gastos públicos. Dentre estes artifícios destaca-se o controle social, o qual é garantido constitucionalmente.

O exercício pleno do controle social possibilita um maior controle da população sobre as ações do estado, dificultando, para tanto, a corrupção dos sistemas públicos. No caso brasileiro, temos uma garantia legal para a fiscalização da sociedade civil sobre as ações do estado que é através do exercício do controle social. Contudo, isso passa pela competência fiscalizadora da população em geral, e principalmente, dos conselhos, os quais são instâncias deliberativas ou consultivas estabelecidas para auxiliar a fomentar as políticas públicas. (FILGUEIRAS, 2011). Tal ação fiscalizatória da população pode ocorrer através do exercício do controle social. No caso da área da saúde, a fiscalização pode ser desenvolvida pela comunidade em geral e pelos conselhos de saúde, dentre eles, o municipal, tendo em vista a proximidade deste com os problemas vivenciados na própria comunidade.

Desta forma, os conselhos municipais de saúde desempenham um importante papel no que tange o processo fiscalizatório das ações do Estado dentro da área da saúde, pois são locais aonde o controle social pode ser exercido. Contudo, evidencia-se que a população, de uma forma geral, e mesmo os conselheiros de saúde, não estão sensibilizados o suficiente para colocar o controle social em prática. Para que o controle social venha a ser exercido de forma eficaz, os sujeitos envolvidos no processo precisam incorporar em suas ações estratégicas educativas de caráter emancipatório. De acordo com Mesquita (2011), as estratégias educativas emancipatórias compreendem possibilidades de construção de espaços sociais autônomos aonde os sujeitos podem, de forma democrática e autônoma, expressarem suas opiniões e reivindicarem seus direitos.

Tudo isso aponta para a pertinência deste estudo que teve por intuito identificar estratégias educativas emancipatórias que são desenvolvidas com e pelos conselheiros de saúde. Como sujeitos da pesquisa, elegeram-se os conselheiros de saúde e a própria comunidade, tendo em vista o fato de os primeiros serem membros dos conselhos de saúde, os quais são instâncias de exercício do controle

social, e por sua vez, representam toda uma comunidade, e a própria comunidade em geral que integra o conselho.

Muitos avanços vêm ocorrendo no que tange a área da saúde no país, dentre estes avanços destaca-se a participação popular no controle desse sistema de saúde. Fica clara, portanto, a importância da contribuição da comunidade em geral no trato das mudanças necessárias para melhorar a qualidade de vida e saúde da coletividade. São atores indispensáveis na efetivação do exercício do controle social e na construção de políticas públicas em saúde que atendam as reais necessidades da população. (SOUZA; RAMALHO, 2011).

Com relação aos conselheiros de saúde, de acordo com Gerschman (2006), estes exercem um papel que está desprovido de um sentido político que ultrapasse interesses particulares e se inscreva no usufruto dos direitos de cidadania social das comunidades de origem. Dessa forma, os conselheiros de saúde são membros do organismo responsável pela implantação de ações em saúde popular, as quais devem perfilar perante dignidade e a qualidade dos serviços de saúde.

Como *locus* para o referido estudo entendeu-se pertinente realizar a pesquisa junto aos conselheiros municipais de saúde e comunidade em geral dos municípios de Três Passos, Tenente Portela e Nonoai, sendo que para a coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada. Tais municípios foram escolhidos, dentre os 28 municípios de abrangência da 19ª CRS por possuírem os maiores Índices de Desenvolvimento Sócio Econômico (IDESE), que é um índice sintético, inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que abrange um conjunto amplo de indicadores sociais e econômicos, classificados em quatro blocos temáticos: educação; renda; saneamento e domicílios; e saúde. Tem por objetivo mensurar e acompanhar o nível de desenvolvimento do Estado, de seus municípios nas suas políticas socioeconômicas. (FEE, 2009).

Entendeu-se que foi pertinente estudar os municípios com maior IDESE, tendo em vista o fato de que, esta classificação é criada mediante a análise das questões econômicas, de moradia e também de saúde dos municípios. Dessa forma, podemos compreender as razões porque tais municípios acabam sendo referência junto à região estudada.

Estas e outras razões justificam uma investigação mais aprofundada desta temática a qual deu origem a este relatório de pesquisa que é composto por três capítulos: 1) Educação Emancipatória: uma breve retrospectiva, que traz elementos

da história, conceito e evolução da temática “educação emancipatória” em escala mundial e nacional; 2) Exercício do Controle Social: o papel dos conselhos de saúde frente à participação popular, aonde tratamos de conceituar o controle social, desde sua origem até os dias atuais, passando pelos conselhos de saúde, suas atribuições, até chegar aos conselheiros de saúde e comunidade em geral, para o qual designamos seus papéis frente ao exercício do controle social; 3) Educação Emancipatória como um instrumento de efetivação do controle social, aonde, neste último capítulo, descrevemos o caminho metodológico e como se desenvolveu a pesquisa de campo, por meio da qual foi possível observarmos, junto á comunidade em geral e conselheiros de saúde, se existiam estratégias educativas emancipatórias junto aos conselhos municipais de saúde.

No transcorrer deste estudo foi possível observarmos que a educação emancipatória é necessária para que seja efetivado o controle social, no entanto, ressaltamos que poucas são as estratégias educativas emancipatórias desenvolvidas com e pelos conselheiros de saúde junto aos conselhos estudados.

É importante frisar que este estudo representa um olhar de uma educadora da área da saúde que procurou apreender os efeitos que a educação emancipatória exerce sobre o exercício do controle social nos conselhos municipais de saúde mediante a influência dos conselheiros e comunidade em geral.

2 A EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA: UMA BREVE RETROSPECTIVA

A ampliação dos espaços de participação dos diversos segmentos da sociedade na tomada de decisões acerca das políticas públicas para educação passou a ser o grande pleito no contexto do processo de democratização da educação. Tal processo de democratização da educação tinha como objeto de trabalho a prática da democracia baseada em valores como a liberdade, a descentralização e a participação popular.

Do ponto de vista da organização do campo educacional, a década de 1980 foi uma das mais fecundas de nossa história. Compreendeu um momento privilegiado para emergência de propostas pedagógicas contra hegemônicas que contribuíram para a construção de práticas educativas de caráter participativo.

De acordo com Faria (2011, p.83)

A década de 80 representou uma verdadeira revolução do pensamento em didática no país. Foi uma ruptura de paradigmas, de negociação, de buscas, de reconstrução. Foi a década mais fecunda na produção intelectual brasileira sobre a prática pedagógica e seus determinantes.

Neste contexto, as ideias pedagógicas contra-hegemônicas agrupavam propostas em duas modalidades: uma centrada no saber do povo e na autonomia de suas organizações, preconizava uma educação autônoma e, até certo ponto, à margem da estrutura escolar, e quando dirigidas às escolas propriamente ditas, buscava transformá-las em espaços de expressão das ideias populares e de exercício da autonomia popular. A outra se pautava na centralidade da educação escolar, valorizando o acesso das camadas populares ao conhecimento sistematizado. (SAVIANI, 2011).

A primeira tendência inspirava-se principalmente na concepção progressista formulada e difundida por Paulo Freire. A segunda tendência se baseava no marxismo, entendido, porém, com diferentes aproximações: buscava a igualdade de acesso, escolas com um padrão de organização.

Assim, na busca pela democratização da educação no país, bem como, no intuito de promover a transformação social através da educação é que surge a

pedagogia progressista. Os pressupostos da pedagogia progressista caminham no sentido de propiciar que o sujeito questione os conceitos transmitidos. Essa problematização dos temas sociais é fundamental para uma profunda e real transformação da educação brasileira.

De acordo com Lorenço e Mori (2010), na metodologia progressista o conhecimento deve ir além da definição, classificação, descrição e estabelecimento de correlações dos fenômenos da realidade social. Sendo assim, é uma das tarefas do educador explicitar as problemáticas sociais concretas e contextualizá-las, de modo a desmontar pré-noções e preconceitos que sempre dificultam o desenvolvimento da autonomia intelectual e de ações políticas direcionadas para uma transformação social. O ensino deve ser encaminhado de modo que a dialética dos fenômenos sociais seja explicada e entendida para além do senso comum, uma síntese que favoreça a leitura das sociedades à luz do conhecimento científico.

Sob essa perspectiva, o professor atua como educador e também sujeito do processo, estabelece uma relação horizontal com os alunos e busca no diálogo sua fonte empreendedora na produção do conhecimento. O professor assume o papel de mediador entre o saber elaborado e o conhecimento a ser produzido. É importante ensinar aos alunos que as estruturas de um determinado espaço social variam de uma sociedade para outra e numa mesma sociedade, pois ela reflete as condições econômicas, políticas, sociais e culturais das sociedades em um determinado contexto, e ela está sempre em construção, por isto o cenário ideal não existe em nenhuma parte do mundo. (FREIRE, 2005).

Nesse sentido, é importante trazer que a pedagogia progressista busca superar a fragmentação do ensino e a reprodução de conhecimentos adquiridos. Assim, ela procura a produção do conhecimento o qual deve culminar com a formação de um sujeito crítico e inovador.

No âmbito nacional, segundo Libâneo (1990) a metodologia progressista se manifestou por meio de três pedagogias: a libertadora, mais conhecida como pedagogia de Paulo Freire, a libertária, que reúne defensores da autogestão pedagógica e a crítico-social dos conteúdos, que, diferentemente das anteriores, acentua a primazia dos conteúdos no seu confronto com as realidades sociais.

A concepção libertadora estava, primeiramente, próxima à igreja pelo fato de ter afinidade com a teologia da libertação e, secundariamente, nas ideias literárias

construtivistas da tradição anarquistas. Em termos de conjuntura política, a referência principal era dada pelo Partido dos Trabalhadores. (FARIA, 2011).

Os pressupostos da metodologia progressista libertadora levam em consideração o indivíduo como ser que constrói a sua própria história. Consiste em desenvolver atividades de ensino, nas quais, o centro do processo não é o professor, mas o aluno que se torna sujeito de seu aprendizado. Os interesses, os temas e as problemáticas do cotidiano do aluno, nesta perspectiva, devem constituir os conteúdos do conhecimento escolar.

Para conseguir contemplar as expectativas trazidas acima, requer proporcionar aos sujeitos espaços aonde possam questionar e induzir a crítica da realidade circundante abrindo espaço para a democratização do saber. Segundo Freire (1997, p.81): “Ensinar é a forma que toma o ato do conhecimento que o (a) professor (a) necessariamente faz na busca de saber o que ensina para provocar nos alunos o seu ato de conhecimento também”.

Na mesma perspectiva de elaborar propostas na busca de orientar a prática educativa mediante a transformação social é que tem origem quatro outras propostas, quais sejam: a pedagogia histórico crítica, pedagogia crítico-social dos conteúdos, pedagogia da prática, e por fim, a pedagogia da educação popular.

A pedagogia da educação popular, na qual iremos nos deter no momento, vem com uma concepção libertadora tendo seu saber gerado na prática social. A educação popular foi inspirada nas obras do educador Paulo Freire, idealizada na década de 60. As práticas de educação popular também se constituem em mecanismos de democratização, aonde se refletem os valores de solidariedade e de reciprocidade e novas formas alternativas de produção e de consumo, sobretudo as práticas de educação popular comunitária, muitas delas voluntárias.

Assim, podemos dizer que a educação popular foi construída sob o alicerce de promoção da educação a partir das próprias vivências dos sujeitos. Além disso, a educação é vista, junto à educação popular, como um ato de conhecimento e potencializador da transformação social.

De acordo com Saviani (2010), a educação popular tinha sua proposta inspirada em uma concepção libertadora que, por sua vez, advogava sua organização, no seio dos movimentos populares, de uma educação do povo e pelo povo, para o povo e com o povo em contraposição.

A educação popular, de acordo com Feitoza (2010), aponta para o exercício da cidadania, junto aos grupos populares. Freire e Nogueira (1991, p.19) reforçam esta tese, ao relacionar educação e organização popular como princípios básicos, intimamente ligados à prática política: “Entendo a educação popular como o esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares; capacitação científica e técnica”. Nesse sentido, a educação popular idealizada pelo educador Paulo Freire, tem como fundamentos o diálogo, a liberdade, a autonomia, sendo seus conhecimentos embasados, primeiramente, em sua própria cultura, para posterior, alcançar os conhecimentos advindos do externo.

De acordo com Freire (1983, p. 49)

a educação popular contribui para a formação humana emancipadora. O homem é um ser no tempo, um sujeito histórico e cultural, que além de conhecer o mundo transforma-o. Herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo a seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, lança-se o homem num domínio que lhe é exclusivo da história e o da cultura

Freire afirma ainda que “a educação deve ser crítica e corajosa, deve propor ao povo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre sua responsabilidade, sobre seu papel no clima da sociedade em transição”. (Id.).

De acordo com Weyh (2011), falar a respeito de práticas educativas populares, numa sociedade com tantas desigualdades quanto a nossa, não compreende uma tarefa fácil. Diante de tais desigualdades se faz primordial trabalhar com a educação popular.

A educação popular compreende um ato educativo de caráter alternativo, comprometido com as camadas sociais empobrecidas. Pode ser caracterizada por sua relação estreita com os setores marginalizados da sociedade que reconhece o saber popular como fundamental.

Assim, para que a educação popular aconteça, é necessário haver o conhecimento da realidade dos sujeitos que pretendemos trabalhar. Além disso, podemos dizer que a educação popular tem um cunho transformador, pois se compromete não apenas com a transmissão de conhecimentos, mas também com o escutar de seus agentes.

Hoje, os alunos não querem mais apenas ouvir, pelo contrário, os mesmos têm a necessidade de serem ouvidos, ou seja, querem ser participantes ativos dos processos educativos. Isso contribui, de forma significativa, na criação de sujeitos emancipados dentro de uma sociedade. (BRANDÃO, 2002).

É nessa perspectiva que atua a educação popular diante da busca por uma educação que seja comprometida com a libertação e que, por outro lado, leve em consideração a realidade vivenciado por seus sujeitos. Compreende uma forma de participação que culmina com a construção de uma cidadania individual e coletiva.

A educação popular tem uma forte ligação, não só com a educação, mas também com a área da saúde. Atualmente, o Ministério da Saúde vem investindo na educação popular tendo em vista a necessidade de promoção de ações que propiciem a participação dos sujeitos junto à construção de melhores ações dentro da área da saúde.

A educação popular dentro da área da saúde objetiva a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores e como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos. Este processo encontra-se estritamente vinculado ao movimento de reflexão crítica, resignificação e (re) descoberta de outras práticas de educação que aconteciam no âmbito dos serviços e dos movimentos populares. (BRASIL, 2007).

Nesse sentido,

A educação popular na saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos. (BRASIL, 2007, p.15).

Diante disso, podemos compreender que a educação popular dentro da área da saúde tem, como seu principal objetivo, a busca pela impulsão de movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e, principalmente, o controle social.

Mediante tais pressupostos, a educação popular em saúde atua com estratégias educativas voltadas para o fortalecimento dos movimentos sociais, através da participação efetiva de seus membros, bem como, da população em geral. Além disso, tais estratégias trabalham na perspectiva de comprometimento com as questões sociais e promoção da autonomia da comunidade de uma forma geral. (BRASIL, 2007).

Na perspectiva do campo popular entende-se que a educação popular deveria priorizar e o desenvolvimento de uma educação verdadeiramente

libertadora. Diante deste pressuposto, aonde a educação deve promover a liberdade e a autonomia dos sujeitos é que surge a educação emancipatória. Por isso, podemos dizer que educação emancipatória é criada a partir dos pressupostos construídos pela educação popular. Parafraseando Freire (1979), a educação para ser emancipadora deve ser libertadora e humanizadora. Não deve ser uma educação que domestica e acomoda, deve inquietar e fazer com que os sujeitos reflitam.

É neste cenário controverso que se torna crucial recuperar o sentido amplo da educação, enquanto produção social de homens e mulheres e o sentido restrito, como escolarização e letramento. Estes elementos podem qualificar a educação popular para a emancipação, reconhecendo que não cabe à educação propagar a emancipação humana, mas potencializar espaços, práticas, experiências para o exercício das ideias emancipatórias, que podem contribuir para a organização dos grupos em sua práxis revolucionária. Assim as várias interlocuções neste estudo, apontaram para a constituição de sociedades democráticas - base da emancipação. (FEITOZA, 2010, p.13).

A educação emancipatória perpassa pelos ideais de libertação dos sujeitos. De acordo com Freire (1980), os oprimidos vivem sob os ideais humanos dos opressores, e por isso, a práxis da libertação é um dos exercícios para esta superação. Dessa maneira, a educação emancipatória fornece liberdade aos sujeitos, liberdade com relação aos opressores e mesmo de si próprio.

Diante do conceito trazido acima, podemos compreender que a educação emancipatória tem uma ligação direta com o exercício do controle social. A reflexão a cerca do controle social sobre as políticas públicas sociais, especialmente da educação, remetem-nos ao processo de democratização da sociedade. Aí está a importância e possibilidade de compreensão da perspectiva popular em vista da construção de uma sociedade menos desigual com a mediação da educação emancipadora.

De acordo com Batista (2006), entendemos que a educação vivenciada nas instâncias de participação e exercício do controle social caracteriza-se por ser um processo de produção, apropriação e partilha de experiências e conhecimentos sobre a realidade social, política, econômica, cultural e ontológica. Assim, as práticas educativas vinculadas ao controle social perfazem aprendizagens que a participação política propicia com suas múltiplas dimensões: políticas, culturais, subjetivas, simbólicas e afetivas.

Para tanto, quando abordamos o controle social, precisamos ter em mente que para que o mesmo venha a ser efetivado com excelência tal processo passa por estratégias educativas que tenham caráter emancipatório. Só assim, é possível fazer com que o controle social venha a cumprir seu papel junto à sociedade.

Consideramos estratégias educativas emancipatórias a construção de conhecimentos gerados por suas realidades, os quais são suscitados sobre a realidade e suas múltiplas dimensões. São saberes científicos, do senso comum, ideológicos, permeados pela cultura popular:

São saberes construídos socialmente, coletivamente, em que se entrecruzam a riqueza dos conhecimentos, saberes experiências, sentidos das culturas populares, silenciadas, negadas, vividas no cotidiano, nas estratégias de sobrevivência e de trabalho (BATISTA, 2006, p. 06).

Além disso, podemos considerar como estratégias educativas emancipatórias a criação de uma cultura de base democrática e solidária, norteadas pela liberdade. Liberdade esta que vai além da ideologia, mas que permeia uma construção coletiva pela busca de direitos fundamentais dentro de uma sociedade moderna.

Ao discutirmos acerca das estratégias educativas emancipatórias dentro do exercício do controle social, é preciso ter em mente que muitos interesses, neste momento, são colocados em jogo os quais, muitas vezes, acabam por prejudicar a efetivação dos reais objetivos das estratégias educativas referidas anteriormente. De um lado temos os interesses das classes dominantes e do outro lado, temos os interesses da maioria da população.

Contudo, conforme Abreu et al. (2010), precisamos ter em mente que não podemos desviar nosso foco, o qual diz respeito a busca pelos interesses da maioria da população. Para tanto, para alcançar tais interesses, faz-se importante a criação de estratégias educativas que possam propiciar sustentabilidade mediante a busca pela conquista da emancipação humana. Tais estratégias compreendem as lutas democráticas pelo fortalecimento de processos emancipatórios da população de um modo geral, bem como, a instrumentalização teórica dos mesmos.

A educação é um direito de todos, garantido constitucionalmente, no entanto, o que buscamos atualmente é que esta educação promova a emancipação destes sujeitos dentro de uma sociedade muitas vezes excludente e que os induz a não exercerem posicionamentos próprios. Assim, com a não manifestação de

opiniões e pensamentos próprios torna-se difícil que a construção de uma sociedade participativa, que luta pelos seus direitos.

De acordo com Sudbrack (2004), não podemos esquecer que a educação compreende um direito público inalienável e envolve conteúdos como liberdade, solidariedade e informação. Não é meramente transmissão de informação, compreende a construção de conhecimentos que tornarão os sujeitos emancipados dentro de uma sociedade. Entretanto, nem sempre a educação que temos em nossa frente traduz os paradigmas mencionados acima. Para Sudbrack a educação, em muitos casos, está voltada à competitividade, aos interesses do mercado e à globalização. Dessa maneira, com uma educação restrita a interesses pessoais e de mercado, acabam sendo deixadas de lado questões muito mais importantes como, a educação para a cidadania, para a cultura e, também, para a participação popular.

Esta proposta de educação emancipadora capaz de garantir a construção da autonomia nos educandos pressupõe uma compreensão de ser humano como ser inacabado e, portanto em permanente construção, vocacionado ontologicamente para ser mais, bem como um claro posicionamento político, superando a suposta ideia de neutralidade na educação em favor do ser humano na luta pela transformação das estruturas sociais injustas. (MIRIANI; CARVALHO, 2009).

Além disso, faz-se importante frisar que quando trabalhamos com a educação emancipatória, a mesma nos remete a discutir a emancipação. Emancipar-se só é possível, no contexto de sociedades democráticas, por exigir um exercício anterior de noções como liberdade, igualdade, autonomia e desalienação, pois para exercer a emancipação, é necessário viver em sociedade, usufruindo direitos civis, políticos e sociais, nos âmbitos individual e coletivo, o que se desdobra em questões morais e éticas. (FEITOZA, 2010).

Ao abordarmos a educação emancipatória, faz-se importante trazer que o conceito de emancipação, em escala mundial, partiu de Kant; tem suas raízes em Hegel e Marx e alcançou sua expressão mais elaborada na Escola de Frankfurt passa por Adorno, Horkheimer, Lukács, Marcuse, Piaget e Habermas. (FREIRE, 2009).

Marx, antevendo o futuro, elaborou um projeto de emancipação para a humanidade. Tal projeto se realizaria ao longo da história e consistia em levar a termo a história inconclusa da liberdade humana. O homem seria, ao final, um sujeito emancipado, o que significava o fim das desigualdades e livre

desenvolvimento das potencialidades humanas. (DANTAS, 2009). Contudo, é importante frisar, que a noção de emancipação de Marx tinha uma relação direta com a noção de história construída por Hegel. Os pensamentos de Hegel foram fundamentais para Marx construir seus pensamentos acerca da emancipação.

Hegel (1980) situa a emancipação em relação direta com a independência econômica, com a participação de homens e mulheres no mundo do trabalho em escala social. Emancipar-se, em primeira instância, perpassa pelo referencial econômico, pelo gerenciamento da própria existência. Posteriormente, mas estritamente relacionados e não hierarquicamente, teremos de considerar as significações sociais: emancipação como plenitude da ação política, afetivo-emocional e social. O processo emancipatório constitui-se em uma totalidade de aspectos dos quais o trabalho produtivo social é prioritário em relação aos demais.

De acordo com Dantas (2009), Hegel afirma que tudo é história. Diante desta afirmação, Marx, seguindo os passos de Hegel, só reconhece uma ciência: a ciência da história. A partir deste conceito de história que é construída a afirmativa de que a emancipação compreende a realização do sujeito na história.

Não é a emancipação/realização do sujeito individual, mas de todos os sujeitos, porque essa é uma história universal. A história é a história da humanidade. A emancipação final não será apenas de um povo, mas da humanidade. Ao final, as contradições fundamentais estarão resolvidas e a espécie humana estará unificada: “e então a libertação de cada indivíduo singular é alcançada na mesma medida em que a história transforma-se completamente em história mundial” (MARX; HEGEL, 1987, p.54).

Assim, a história dessa emancipação se desenrola num tempo linear. A história tem começo, meio e fim e nunca se repete. Nesse sentido, a humanidade caminha para o melhor e o melhor se situa no futuro, quando haverá a harmonização das contradições fundamentais. É verdade que, em Marx, o último estágio da história é uma volta ao trabalho unificado e propriedade coletiva, mas contém também um espaço para o reino da liberdade. Há, então, uma relação necessária entre o ‘começo’ e o ‘fim’ da história, conforme Dantas (2009).

Nesse sentido, este autor diz que os sujeitos da história são os homens. Os homens que trabalham, e se realizam no trabalho, os quais constroem o mundo e a si mesmos por meio do trabalho, mas que no capitalismo encontram-se privados completamente dos meios de produção, o que resulta no mais alto grau de alienação já atingido pelos trabalhadores na história. Entretanto, o fim de tal alienação ocorrerá com a eliminação da divisão do trabalho e da propriedade privada. Assim, o trabalho

tornar-se-á meio de emancipação e não de alienação. O homem libertará não apenas sua consciência alienada, mas se libertará economicamente.

Cabe destacar que Marx trabalhou com dois conceitos de emancipação: um pautado na política e outro no humano.

A emancipação política é o máximo que o homem pode aspirar dentro do ordenamento jurídico liberal. Ficando claro que o homem pode ser emancipado politicamente não alcançar a emancipação humana. A emancipação política é a redução do homem, de um lado, a membro da sociedade burguesa, a indivíduo egoísta independente e, de outro, a cidadão do estado, à pessoa moral.[...] Somente quando o homem individual real recupera em si o cidadão abstrato e se converte, como homem individual, em ser genérico, em seu trabalho individual em suas relações individuais somente reconhecido e organizado suas “*forces propres*” como forças sociais e quando, portanto já não separa de si a força social sob forma de força política, somente então se processa a emancipação humana (MARX, 2002, p. 42).

No contexto marxiano, o conceito de emancipação é um processo social, que está estreitamente relacionado com a liberdade, à luta de classes, e à instauração de um novo modelo social que supere aspectos do modelo vigente.

Para tanto, é necessário que compreendamos que além de Marx e Hegel, Kant também tem seu pensamento filosófico na história e, por sua vez, trabalhou com os conceitos de emancipação. Kant viveu no período compreendido como Iluminismo ¹.

O pensamento elaborado pelos iluministas tinha como base a libertação. Por meio deste pensamento, as pessoas deviam libertar-se do pensamento dominante, articulado às tradições e crenças advindas, principalmente, de classes dominantes.

Diante disso,

“para se livrar dessas amarras, surge uma crença ilimitada no poder da razão. Assim, para os pensadores iluministas, a razão é capaz de evolução e de progresso do ser humano, libertando-o das amarras sociais e morais que o deixavam num certo obscurantismo. Continuar com o modo de pensar provindo da tradição, obedecendo a um determinado tutor, como era comum na época, seria permanecer na obscuridade e no estado de menoridade” (NODARI; SAUGO, 2011, p.137).

Assim, o Iluminismo foi um projeto de emancipação do ser humano sendo que cada indivíduo deveria ter a capacidade de pensar por si mesmo. Compreendeu um pensamento que objetivava promover a autonomia aos indivíduos e a possibilidade

¹ Conforme Nodari e Saugo (2011), o Iluminismo compreendeu um movimento intelectual ocorrido na Europa, no século XVIII, marcado pelo paradigma da subjetividade e pela busca do esclarecimento.

de escolhas até então impostas por trajetórias culturais conferidas pela sociedade como um todo.

A característica principal do Iluminismo foi a libertação dos seres humanos do medo e de todo tipo de superstição, bruxaria ou feitiço. Caracterizou-se pela dúvida e pela crítica a tudo quanto carece de comprovação fática, tornando-se, assim, o conhecimento, a chave de dominação da natureza (SCHWARTZ, 2010).

Entretanto, para se alcançar isso é necessário que o ser humano, desde criança seja inclinada à liberdade. (KANT, 2002). Portanto, o ser humano, sendo possuidor de tal liberdade, precisa passar por um processo educacional para privá-lo de tal liberdade, pois o mesmo, como fundador dos princípios morais pela razão, não é um ser esclarecido por natureza, isto é, ele será trabalhado da melhor forma possível, a fim de que possa sair de seu estado de menoridade e atingir gradualmente a sua maioridade e emancipação (NODARI; SAUGO, 2011).

Ao abordarmos a emancipação, é primordial que tenhamos em mente para que possamos alcançá-la faz-se necessário superarmos nossa menoridade. A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. O homem é o próprio culpado dessa menoridade se a causa dela não se encontra na falta de entendimento, mas na falta de coragem de servir-se de si mesmo sem a direção de outrem (KANT, 1985).

Para Kant, as duas principais causas da permanência do indivíduo na menoridade são a preguiça e a covardia, pois é cômodo e bom ficar na menoridade, de tal modo que, às vezes, vários ficam nesse período durante toda sua vida. Se, por exemplo, tenho um livro que faz às vezes meu entendimento, um diretor espiritual que por mim tem consciência, um médico que por mim decide a respeito de minha dieta, etc., então não preciso esforçar-me eu mesmo (KANT, 1985, p.100).

Assim, para Kant, o ser humano não nasce esclarecido, pelo contrário, ele necessita estar inserido no processo educativo com tal finalidade. Diante disso, o ser humano tem condições para se libertar da menoridade, sendo-lhe possível, portanto, por meio da educação, alcançar o almejado esclarecimento. A educação possibilita a saída de seu estado de menoridade e faz com que o sujeito atinja gradualmente a maioridade, tornando-se autônomo.

Também, emancipação ganha destaque a partir do século XX junto à Escola de Frankfurt. Cabe ressaltar que os pensadores da Escola de Frankfurt se envolveram profundamente com as questões de sua época, visto que a Europa estava imersa na Segunda Guerra Mundial e naquele momento repensar toda a

trajetória pela qual passara o homem enquanto sujeito histórico era de suma importância, pois não somente um país se via abalado com a guerra, mas todo o mundo sentiu a influência dos atos de barbárie cometidos. (PINHO, 2009).

O esclarecimento, tão necessário para alcançarmos a autonomia, e a partir dela, a emancipação, também foi discutido junto à Escola de Frankfurt. A proposta básica da Escola de Frankfurt era fazer uma análise crítica da sociedade burguesa, que quanto às questões suscitadas pelo advento do fascismo, no campo capitalista, e do stalinismo, no campo socialista. Entre os temas presentes em suas análises destacam-se o autoritarismo, a origem da sociedade burguesa e o esclarecimento.

Em outro contexto, mas fundamental para este estudo, temos Adorno e Horkheimer, os quais retomam o ideal do esclarecimento. Eles analisam o desenrolar da racionalidade humana desde o século das Luzes até o contexto em que se encontram. No projeto de esclarecimento, como idealizado no século XVIII, havia a ideia da emancipação humana em relação à natureza. Essa emancipação seria possível através da dominação da natureza por parte do homem, conquistada através do desenvolvimento de seu potencial racional (SGRILLI, 2008).

Para Adorno e Horkheimer, o projeto de esclarecimento foi levado a cabo de forma unilateral, acabando por absolutizar a dominação da natureza, fazendo dessa dominação o fim último do saber. O homem foi levado a crer que, através de sua racionalidade, poderia deveria imperar sobre a natureza. O positivismo, a forma última à qual chegou o processo de esclarecimento, com sua exigência prática de dominação, acabou por eliminar também as possibilidades de um pensamento autoconsciente (SGRILLI, 2008, p.313).

Assim, podemos compreender que o esclarecimento pode pouco e talvez quase nada, mas o passo inicial compreende um passo importante. Este é um momento bastante importante da análise porque se chega enfim, ao foco esperado. A partir de um momento que o objetivo é buscar junto à literatura argumentos que possam servir de categorias para análise de práticas emancipatórias na escola pública, é fundamental o conceito de esclarecimento e como a partir dele pode-se chegar à emancipação (DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Dessa maneira, remontando as práticas na escola pública de hoje, podemos afirmar que só atingirão tal esclarecimento se conseguirem superar a situação de opressão a que estão submetidos todos os envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Mas parece extremamente importante que para encontrarmos tal resposta na educação de hoje, é preciso que identifiquemos junto à escola, quais

opressões ocorrem e que precisam ser superadas, como passo fundamental para o processo de emancipação. Contudo, para se trabalhar com a emancipação, aqui discutida, é preciso que compreendamos que é necessária a desmistificação da educação enquanto um cânone, devendo ser substituído por atividades de cunho participativo (DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

(...) a única concretização efetiva da emancipação consiste em que aquelas poucas pessoas interessadas nesta direção orientem toda a sua energia para que a educação seja uma educação para a contradição e para a resistência (ADORNO, 1995, p.183).

Em Adorno (2000), emancipar-se perpassa pela construção de decisões conscientes e independentes, através de uma consciência verdadeira, sendo ainda um dos nexos de uma sociedade democrática. Além disso, a emancipação, também compreende autonomia e preservação das diferenças.

Além de Adorno, a emancipação também esteve presente nas obras de Lukács, o qual relaciona emancipação à maturidade da consciência de classe do proletariado. Lukács (1974) busca construir o materialismo histórico com a ação de classes, considerando essa teoria e esse método como revolucionários.

A emancipação humana acompanha a obra de Lukács que, em diversas de suas obras, retoma o percurso de Marx em compreender a história vivida até então como uma pré-história da humanidade, reino da necessidade, no qual foi necessária a separação homem/natureza (e, portanto, de emancipação humana do estado natural); esse momento de luta emancipatória contra as forças da natureza será substituído pela luta interna na sociedade, decorrente das contradições geradas pela apropriação privada dos meios de produção e do resultado do trabalho que configuram a sociedade em classes complementares e antagônicas (CÂMARA, 2007, p.05).

Assim, para Lukács a emancipação perfaz uma luta em torno da sociedade, a qual, por si só, buscará alcançar sua maturidade em torno de uma consciência crítica e reflexiva, o que possibilitará em uma libertação social e política. A libertação social e política perpassa também os pensamentos de Marcuse em torno da emancipação dos sujeitos. Este construiu um projeto em torno da reconstrução da razão e de postular alternativas utópicas à sociedade existente, uma imaginação dialética que foi relegada em uma era que rejeita o pensamento revolucionário e visões grandiosas de libertação e reconstrução social. (PEIXOTO, 2011).

A concepção de emancipação de Marcuse, entendida com pleno desenvolvimento do indivíduo numa sociedade não-repressiva, diferencia

sua obra e nos proporciona uma instância crítica sobre as formas de dominação presentes na sociedade contemporânea. Sua teoria crítica da sociedade se apresenta como extremamente útil na atual conjuntura do pensamento conservador (PEIXOTO, 2011, p.167).

Por fim, no que se refere às concepções de emancipação trazidas por Habermas, este trabalha na perspectiva de recuperação do potencial emancipatório da razão. De acordo com Gomes (2007), Habermas sustenta a tese de que é possível instituir aos poucos, um contradiscurso capaz de conferir novos rumos à razão e de gerar um novo equilíbrio entre sistema e mundo da vida. Desta forma, ele aponta o agir comunicativo emancipatório como o paradigma legitimador do discurso e da ação.

Cabe destacar ainda que a educação emancipatória é fundamental e necessária para a construção de uma sociedade com menos desigualdade social, aonde caibam todos, resultado do discernimento, da consciência emancipada e livre na escolha do que é melhor para os cidadãos.

3 EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL: O PAPEL DOS CONSELHOS DE SAÚDE FRENTE A PARTICIPAÇÃO POPULAR

A institucionalização da gestão participativa compreende uma das prerrogativas para a construção de uma sociedade que exerça o controle social. Assim, o controle social abrange a perspectiva de tornar a sociedade participante das decisões, até mesmo governamentais.

Com a necessidade de reconstrução dos modelos de gestão, estão surgindo novas abordagens gerenciais como a gestão participativa a qual preconiza, dentre outras, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho. Essa abordagem oferece oportunidades de participação da população nas discussões e na tomada de decisões.

A gestão participativa assenta-se em vários pressupostos, valores inquestionáveis subjacentes em todos os desdobramentos da gestão: a realidade e o conhecimento são construídos socialmente, entre os seres humanos, reconhecimento do valor potencia em cada um deles, e reconhecimento da existência de grupos sociais pluralistas, constituindo sistemas de pessoas e grupos heterogêneos. (NUNES; AYRES, 2010, p. 126).

Segundo Costa e Silva (1995), a construção de uma gestão participativa se coloca como exigência e contingência de um processo de afirmação da cidadania, na medida em que contribui para a conquista da autonomia política superando relações verticalistas e padrões de gestão tecnocrática, engendrando mecanismos de exercício de poder firmados no compromisso com os reais interesses da maioria.

Atualmente, em um dos pilares para consolidação de uma gestão participativa compreende o controle social, pois representa um avanço na medida em que potencialmente amplia os espaços e o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública. Dessa maneira, contribui para o aprofundamento do processo de construção democrática do país, já que vários setores da sociedade são incorporados no processo das decisões públicas, ampliando-se a representação democrática e a participação popular das várias partes da sociedade. (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

O controle social é uma maneira pela qual a sociedade civil garante sua participação nas decisões referentes às políticas de saúde. Desse modo, os

cidadãos ampliam sua participação, intervindos no processo de gestão dos recursos necessários à efetivação das ações. (SOUZA, et al., 2012).

Desse modo, o controle social é uma forma de controle da população organizada, principalmente no que se refere a segmentos sociais, sobre o governo. O mesmo tem por intuito, fornecer melhorias às condições de vida da maioria da população.

O controle social é uma tática de democratização do poder sendo um espaço de manifestação da participação social regulada e institucionalizada no Estado. Reveste-se de caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas em todos seus aspectos, através de deliberações, intervenções e encaminhamentos de decisões, no que se refere às necessidades identificadas pelos seus próprios representantes. (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Nesse sentido, Arantes et al. (2007, p.4) colocam que:

O controle social também pode ser definido como a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. É toda ação controladora da sociedade sobre o estado, objetivando as políticas públicas. Temos ainda, que controle social é a produção de necessidades da vida por seus próprios protagonistas.

Para tanto, o controle social compreende uma forma de ação reguladora, resultante da participação popular nas instâncias estatais e/ou ações governamentais. Visa assegurar que as políticas públicas sejam planejadas de modo que responda às necessidades sociais e seus programas sejam cumpridos conforme o que foi pactuado. (SILVA in PEDRINI et al., 2007).

Contudo, o controle social só se efetiva através da participação popular. A participação popular é entendida como o processo de envolvimento cidadão com o intuito de redistribuir poder na sociedade, na perspectiva de se atingir maior equidade e justiça social. (JÚNIOR et al., 2006).

De acordo com Habermas (1987), os diferentes atores sociais, com as suas diferentes inserções sociais e com os recursos de que dispõem o poder administrativo, o poder econômico e laços de solidariedade gerados em processos interativos da sociedade civil, exercem influência sobre a formulação das políticas públicas propostas pelo Estado. Isso é participação popular efetiva.

Assim, a participação popular diferencia-se da modernização, do mutirão etc., por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade

civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Esta participação, se de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública. (VALLA, 1998).

Contudo, quando falamos em controle social, o mesmo tem significados ambíguos, podendo ter conceitos distintos mediante as concepções de Estado. Isso ocorre, tendo em vista o fato que o mesmo pode designar, tanto, o controle do Estado sobre a sociedade, quanto da sociedade sobre o Estado, lembrando que o controle social que queremos, compreende o controle de uma sociedade politizada e emancipada sobre um Estado que exerça uma gestão participativa.

Assim, para que possamos entender melhor como se estruturou os conceitos acerca do controle social, trazidos acima, se faz necessário abordarmos as considerações a respeito da sociedade e do Estado. Hobbes atribuiu ao Estado poder absoluto de controlar os membros da sociedade, os quais lhe entregariam sua liberdade e se tornariam voluntariamente seus 'súditos' para acabar com a guerra de todos contra todos e para garantir a segurança e a posse da propriedade. (CORREIA et al., 2006).

Assim, para Hobbes, o conceito de controle social compreenderia o controle do Estado, onipotente e dominador, sobre a sociedade, subalterna a qual não vivenciaria a participação popular.

Segundo Correia et al. (2006), outro pensador que trabalha o conceito de Estado é Locke, o qual em suas passagens limitou o poder do Estado à garantia dos direitos naturais à vida, à liberdade e, principalmente, à propriedade. O povo que, para Locke, era a sociedade dos proprietários, mantém o controle sobre o poder supremo civil, que é o legislativo, no sentido de que este cumpra o dever que lhe foi confiado: a defesa e a garantia da propriedade.

De acordo com o pensador descrito acima, o controle social funcionaria como um controle, da burguesia, sobre o Estado, no intuito de manter os interesses de mercado. Dessa forma, a maior parte da população ficaria subordinada à ganância das classes dominantes que querem preservar a propriedade e os bens.

Já, para Gramsci o conceito de controle social é elaborado mediante as disputa entre as classes sociais que compõem a sociedade. Gramsci aborda que é preciso desmistificar a aparente homogeneização da sociedade civil como portadora de interesses universais, colocando como eixo de análise os antagonismos de

classe que a atravessam e que são próprios das relações sociais de produção capitalista.

A partir do referencial teórico do marxista italiano, Gramsci, em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, pode-se inferir que o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. (CORREIA, et al., 2006 p. 68).

Já para Rosseau, o conceito de controle social, perpassa a ideia do poder pertencente ao povo e/ou sob seu controle. O autor defendeu o governo republicano com legitimidade e sobre o controle do povo; considerava necessária uma grande vigilância em relação ao executivo, por sua tendência a agir contra a autoridade soberana (povo, vontade geral). Nesta perspectiva, o controle social é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular. (CORREIA et al., 2006).

O conceito trazido por Rosseau compreende a concepção de controle social que desejamos, em nossas sociedades, atingir. Aonde o controle social possa ser exercido mediante uma participação popular efetiva da sociedade sobre todas as ações do Estado.

Entretanto, não podemos deixar de trazer que muitas vezes este controle social acaba sendo mascarado por outros interesses como econômicos e de classes dominantes. Dessa maneira, as sociedades subalternas acabam ficando a mercê de um falso controle social, o qual acaba sendo definido por um Estado que volta seus olhos para interesses de minorias.

Isso ocorre em muitas sociedades capitalistas aonde o Estado tem exercido o controle social sobre o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante para garantia do consenso em torno da aceitação da ordem do capital. Esse controle é realizado através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais iminentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a atual ordem, difundindo a ideologia dominante e interferindo no cotidiano da vida dos indivíduos. (IMAMOTO; CARVALHO, 1988).

Isso pode ser controlado através da participação popular. Se tivermos uma participação popular efetiva, o controle social irá ser exercido de maneira que venha a atender as reais necessidades da população.

Assim, o verdadeiro controle social só poderá ser instituído e, a partir disso, exercido em nossas sociedades por meio da participação popular. Faz-se importante frisar que o controle social, através de uma participação popular efetiva, possibilita a

instauração da deliberação pública, conceito que é importante quer seja debatido neste momento. A deliberação pública baseia-se na cooperação e no não procedimentalismo que oferece uma base epistêmica e moral para a participação democrática nas sociedades.

Conforme Bohman et al. (2009), a deliberação foi pensada por Aristóteles para ser a atividade paradigmática da virtude política de autorregulação. Somente aqueles que podem deliberar bem podem manter seu próprio autogoverno.

Como processo social e comunicativo, a deliberação deve permitir identificar e avaliar o grau de relevância das questões de interesse geral, tornando disponíveis informações pertinentes, a fim de especificar interpretações possíveis a tais questões. (HABERMAS, 2006, p. 416 apud, BOHMAN et al., 2009).

Para tanto, a deliberação compreende a possibilidade dos sujeitos se inteirarem de questões que envolvem os interesses coletivos. Isso é possível por meio da comunicação, a qual permite aos sujeitos expressarem e compartilharem suas opiniões.

A deliberação não perfaz somente os sujeitos defenderem interesses de aspecto individual, pelo contrário, ela busca fazer com que os cidadãos compreendam determinadas questões e que, depois de alcançada tal compreensão se obtenham os interesses mútuos, que tenham por intuito buscar o bem comum.

Contudo, de acordo com Bohman et al. (2009), para que se alcance a “deliberação ideal” é necessário que tenhamos em mente que a mesma anseie, sim, o bem comum, no entanto, uma coisa tem que se fazer clara, o bem comum é uma coisa, já a promoção de esforços sinceros para fazê-lo avançar é outra completamente diferente.

Não adianta traçarmos esforços para balizar opiniões que venham a suprir necessidades que envolvam o bem comum. Maior, e mais importante, é realmente se esforçar para que as opiniões venham a serem colocadas em práticas. Só assim, poderão surtir efeitos sobre a comunidade.

Mediante tais prerrogativas, pode-se perceber que para que a deliberação venha a cumprir o papel que a ela está imbuída, a legitimidade deste processo se faz primordial. A legitimidade garante a existência do vínculo entre os participantes e da dinâmica de trocas argumentativas, fatores que garantem que a deliberação realmente se desenvolva dentro de seus princípios.

De acordo com Bohman et al. (2009), os princípios que envolvem a deliberação são: igualdade, publicidade, reciprocidade, reflexividade, prestação de contas, autonomia, ausência de coerção e respeito mútuo.

A deliberação consiste em criar nos cidadãos um sentimento de exposição de suas opiniões públicas. Entretanto, para que isso realmente se processe, a participação se faz necessária.

A formação de opinião pública é o resultado da participação dos cidadãos e das associações cívicas nos debates públicos desenvolvidos em arenas comunicativas em que a conversação política destaca-se como principal atividade discursiva. Assim, tais debates ocorrem em arenas sociais diferenciadas e requerem modos apropriados de comunicação a fim de permitirem aos indivíduos encontrar os termos de um acordo, ainda que seja provisório. (BOHMAN et al., 2009).

Para tanto, a deliberação só pode ser aperfeiçoada através da participação. A política deliberativa deve proporcionar a participação. A participação efetiva diz respeito a ter acesso formal para dar aos indivíduos a oportunidade de articular o que as atuais barreiras são para eles (MINIOW, 1999, apud BOHMAN et al., 2009).

Diante do exposto, podemos compreender que, para que a deliberação se efetive a participação popular e o controle social se faz necessários, tendo em vista as relações estreitas existentes entre ambos. É importante frisar que o controle social só é possível através da democracia, a qual, por sua vez, é defendida pela deliberação. O controle social só se efetiva em um governo aonde a liberdade de expressão possa ser desenvolvida.

A deliberação e o controle social são importantes para construirmos sociedades participativas, que lutam e se envolvem junto às decisões com relação à institucionalização de políticas públicas. Assim, o exercício do controle social é importante em todas as áreas, e principalmente na área da saúde, aonde o controle social garante que ações condizentes com a realidade das populações sejam criadas.

No que tange o controle social, podemos dizer que a percussora neste aspecto, foi a área da saúde no Brasil. O controle social em saúde ganha ênfase na década de 80, em meio ao movimento conhecido como Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária representou a mobilização da população na perspectiva de redemocratizar o sistema nacional de saúde da época. Vale lembrar que na ocasião, o Sistema Único de Saúde (SUS) não havia sido criado.

Neste sentido, Campos (2007, p. 139) escreve que “o movimento sanitário, foi composto por militantes de várias profissões e com distintas orientações políticas, mas que em comum, tinham na militância em saúde uma forma de construir saúde para suas próprias vidas”. Interessante ainda destacar, que este movimento representou a organização da sociedade civil no sentido de lutar pela melhoria da assistência prestada a toda população.

Mediante os levantes originados junto ao movimento sanitário, é que ocorre no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência ficou conhecida como o divisor d'água na saúde do país a qual discutiu o eixo norteador da Reforma Sanitária Brasileira, “Saúde como Direito de Todos” recomendando assim, a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um grande evento, que contou com a participação de representantes do governo, membros de serviços de saúde, e vale destacar ainda, que foi a primeira Conferência aberta à sociedade. Por isso, contou com a presença de grande parte da população.

Após as discussões e mobilizações realizadas nas VIII Conferência Nacional de Saúde, o governo brasileiro viu-se obrigado a fornecer respostas à sociedade. Foi aí, que no ano de 1988, junto à nova Constituição Federal, popularmente conhecida como Constituição Cidadã, que algumas propostas levantadas na referida Conferência foram resgatadas.

Dentre estas propostas, tínhamos a criação de um novo sistema de saúde que fosse desvinculado da previdência social e que viesse a abranger a sociedade como um todo. Assim, no ano de 1988 é assegurada pela Constituição Federal Brasileira, em seus artigos 196 e 200 a criação do SUS. A Carta Constitucional preocupou-se ainda em garantir a saúde como direito social de cidadania, exercido por todos de forma igualitária e integral, sendo dever do Estado garanti-lo através de políticas sociais e econômicas que alcancem à redução do risco de doenças e outros agravos. Visando atingir tais objetivos, o SUS deve ser organizado de acordo com algumas diretrizes operacionais definidas pela Constituição, quais sejam: integralidade, equidade, universalidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação da comunidade. (BRASIL, 2001).

A participação da comunidade junto ao SUS, definida pela Constituição Federal, veio para compor uma exigência do próprio Banco Mundial. Dessa forma,

não foi por acaso que a participação popular foi introduzida como uma das diretrizes operacionais do SUS. De acordo com Bravo e Correia (2012), o protagonismo da sociedade civil exigido pelas orientações do Banco Mundial é no sentido de esta assumir a sua responsabilidade pela atenção à saúde, não cobrando do Estado o que não é de sua exclusiva atribuição.

Faz-se importante trazer que o Banco Mundial, a partir da década de 80, passa a exercer influência na orientação das políticas de saúde dos países capitalistas periféricos, como é o caso do Brasil. Assim, para atingir seus objetivos, o Banco Mundial, impõe a criação de contrarreformas, as quais influenciaram a política nacional de saúde em contraponto aos avanços conquistados legalmente em torno do direito universal à saúde e ao modelo assistencial preconizado pelo SUS.

O interesse do Banco Mundial pela saúde, segundo Rizzotto (2000), está relacionado ao revigoreamento do liberalismo, pois ao fazer a crítica contundente ao papel do Estado na intervenção nas políticas públicas, inclusive na saúde, poderia contribuir para o seu avanço. Outro motivo a ser destacado foi a necessidade de o Banco Mundial difundir uma face humanitarista diante do agravamento das condições de vida da maioria da população e do aumento da pobreza e da desigualdade social como resultado da implantação do ajuste estrutural nos países periféricos por ele condicionado. Mas, o motivo de maior relevância para o interesse do Banco Mundial na área da saúde está relacionado ao fato desta área ter passado a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital.

As contrarreformas sugeridas pelo Banco Mundial para a saúde perpassavam pelos seguintes pontos: rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, focalizando os serviços nos mais pobres; flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício e; estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. (CORREIA, 2007). Assim, mediante estas contrarreformas sugeridas pelo Banco Mundial, podemos observar que o principal objetivo era de promover uma redefinição de o próprio poder do Estado, que deixaria de ser centralizado e paternalista.

Dentro da linha de redefinição do papel do Estado, a contrarreforma, sob orientação do Banco Mundial, propõe a descentralização como deslocamento de responsabilidade para a sociedade e esta passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da "participação da comunidade". A estratégia é a busca de parcerias com a sociedade para que esta assumira os custos da crise, repassando-se assim a

responsabilidade pela prestação de serviços sociais de competência do Estado para Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, comunitárias, entre outras. Desta forma, o Estado reduz o seu papel de prestador direto dos serviços, reorientando sua intervenção como regulador e provedor financeiro (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 06).

Faz-se importante trazer que, com um sentido bastante diferente da participação inscrita nos documentos do Banco Mundial, a participação social no SUS foi concebida na perspectiva do controle social, visando que os setores organizados na sociedade participem das políticas de saúde, desde as suas formulações, planos, programas e projetos, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (BRAVO; CORREIA, 2012).

Nesse sentido, após a criação do SUS e pelo fato da Constituição Brasileira definir diretrizes operacionais do mesmo, é que em 1990 é criada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe a cerca das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Contudo, após a criação desta lei, observou-se que a mesma não fazia referência alguma acerca da participação popular, foi aí que em dezembro de 1990 foi criada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Coelho (2007) nos traz que a Lei 8.142/90, por tratar do envolvimento da comunidade na orientação das questões da saúde, foi responsável pela criação das conferências e dos conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. Com isso, permitiu a participação efetiva dos cidadãos no âmbito da saúde.

As conferências são espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema. (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Já, no que se refere aos conselhos de saúde, os mesmos são espaços de exercício da cidadania por meio do poder político, permitindo que a sociedade civil atue junto ao Estado nas decisões, graças à cultura da política democrática. Espera-se que o espaço dos conselhos seja um local de conflitos, de resistência e de

tensões, no sentido de buscar resolver os problemas de maneira a satisfazer as necessidades de saúde da população. (SOUZA et al., 2012).

Podemos definir o conselho de saúde como um órgão colegiado autônomo, integrante do poder público, de caráter deliberativo, composto por integrantes do governo e da sociedade civil, com as finalidades de elaboração, deliberação e controle na execução das políticas públicas. Nesse aspecto, controle social é o instituto ético-político, realizador de uma modalidade do direito de participação política que exerce efetivo controle sobre os atos governamentais na órbita da coisa pública (MORONI, 2005).

Os conselhos como instâncias colegiadas de controle social, devem crescer de forma significativa, atingindo todos os municípios brasileiros, possibilitando dessa forma, a consolidação de um Estado popular. Para tanto, deve-se construir locais de exercício do controle social, com ambições ante a construção de um Estado mais democrático, cidadão e popular.

Os conselhos de saúde emergiram de uma estrutura legal como instituições responsáveis por capacitar a participação dos cidadãos na governança da saúde. Eles foram instituídos nos níveis municipal, estadual e federal, sendo responsáveis não só por levar projetos do governo à população, como também por transmitir sugestões da população aos vários níveis de governo (COELHO, 2007).

Coelho (2007) também aborda que a força dos conselhos de saúde deriva em grande parte de uma lei que lhes garante poder de veto em planos e na prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde. Se o conselho rejeita o plano e o orçamento, que a Secretaria de Saúde é obrigada a apresentar anualmente, o Ministério da Saúde, que maneja 55% do orçamento público do setor, não transfere os fundos ao município.

Nessa conjuntura, são conferidas aos conselhos de saúde as pertinências de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde, atribuição estas que são também do poder executivo e legislativo (BRASIL, 2003). Nesse aspecto, o principal objetivo dos conselhos de saúde é contribuir para a gestão no âmbito dos princípios do SUS, aonde a participação da comunidade se faz necessário.

O conselho de saúde busca participar da discussão das políticas de saúde e ter uma atuação independente do governo, embora faça parte da estrutura do município. É um órgão permanente e integrante da estrutura básica da Secretaria

Municipal, que atua na formulação de estratégias e no controle e execução da política municipal de saúde, sendo que, o conselho criado e estruturado por lei só poderá ser alterado por meio de outra lei (SANTA CATARINA, 2004).

Exercendo o papel de viabilizar o controle social e tendo por perspectiva, adequar o Estado às transformações recomendadas, os conselhos de saúde devem possuir uma paridade entre o número de representantes dos usuários e o número total de representantes dos outros três segmentos (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço). Assim é pertinente destacar que essa paridade garante uma distribuição igualitária dos membros integrantes dos conselhos de saúde, evitando dessa forma, diversidade e desigualdades entre seus conselheiros.

Nesse sentido, Andrade, Soares e Junior colocam que:

Para que possam melhor refletir os pontos de vista de toda a comunidade que representam, é importante que os conselhos de saúde estejam constituídos por membros dos diversos estatos sociais. A lei prevê a paridade e garante o direito de voz e voto aos seus integrantes (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001, p. 100).

Portanto, a composição dos conselhos deve ser distribuída que 50% do número total de conselheiros serões de representantes dos usuários, enquanto que os outros 50% serão dos outros segmentos, sendo este dividido, em 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados, sendo recomendado que o número de conselheiros fique entre 10 e 20 membros. Essa paridade é garantia de uma autêntica realização do Controle Social sobre as Políticas de Saúde, sendo uma forma de participação da comunidade na gestão do SUS.

No que diz respeito ao mandato dos conselheiros junto ao conselho de saúde, o mesmo deve ser previsto no regimento interno e por ocasião da instalação da nova administração municipal, cabendo ao prefeito indicar os novos representantes do governo local. As demais indicações são privadas das respectivas entidades ou segmentos sociais. Todas as representações devem ser homologadas pelo chefe do executivo municipal, respeitando sempre a paridade exigida (SANTA CATARINA, 2004).

Desse modo, Silva in Pedrini et al. (2007) nos traz que embora os conselheiros permitam a participação popular na gestão da política social, para que de fato ela se concretize é necessária uma articulação permanente dos conselheiros

com a base representada. E isso supõe a sua inserção em organizações mais amplas e mobilizações populares dirigidas para as políticas públicas.

Contudo, a criação das referidas leis acima mencionadas, não foram suficientes para institucionalizar o controle social e os fóruns de seu exercício, no caso, os conselhos de saúde. Diante disso, surgiu a necessidade de ampliar o aparato legal para que os conselhos de saúde viessem a funcionar de forma efetiva.

Assim, no de 1991 foi criada a Norma Operacional Básica (NOB-91), a qual garante que, a partir daquele momento, os municípios eram obrigados a instituir seus conselhos de saúde, a fim de receberem os repasses financeiros da União. Dois anos depois em 1993, instituem mais uma NOB a NOB-93, a qual fundamentava o exercício do controle social.

A NOB-93 instituía aos conselhos de saúde as atribuições de fiscalização quanto ao enquadramento do município às condições de gestão defendida pelo SUS. (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001). É a partir destas NOBs que todos os municípios e estados passaram a instituir seus conselhos de saúde, tendo em vista ao fato de que quem não os organizasse, não receberiam repasses financeiros da União, inviabilizando, assim, todas as ações em saúde.

Em 2006, na busca por estimular um maior envolvimento da população junto às ações em saúde, foi criado o Pacto pela Saúde. Este Pacto era dividido em três, quais sejam: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. O Pacto de Gestão fazia menção ao controle social, tendo em vista que suas prioridades eram: responsabilidade sanitária, regionalização, planejamento e fortalecimento da participação e controle social (CAMPOS et al., 2007).

Não contentes com estas ações, no mesmo ano, é estabelecida a Política Nacional de Atenção Básica a qual tem como fundamento, estimular a participação popular e o Controle Social como estratégia de fortalecimento da gestão local de saúde. (BRASIL, 2010).

Assim, podemos observar que foi criado um aparato legal bem estruturado para que o controle social, através dos conselhos de saúde, pudesse ser exercido com eficácia, na crença de que só podemos instituir uma gestão participativa a partir da participação efetiva da população. A participação popular compreende a mobilização e articulação da população junto a segmentos aonde, através de discussões, a comunidade em geral possa estar participando das decisões em saúde.

Dessa forma, o controle social exercido junto aos conselhos de saúde perfaz uma forma de fazer com que a sociedade possa estar participando da vida do Estado, em forma de fiscalização e formulação de ações em saúde que sejam condizentes com as necessidades da população.

4 EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA COMO UM INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

Estratégias educativas emancipatórias vinculadas ao exercício do controle social, dentro dos conselhos municipais de saúde, compreendem ações que vislumbrem a construção do conhecimento e a transformação da realidade social. Para Ambrosini (2012), emancipar o ser humano é um desafio a ser atingido. Essa dificuldade é decorrente das condições econômicas, políticas e históricas que compõem a sociedade.

Assim, o desenvolvimento de estratégias educativas emancipatórias dentro dos conselhos municipais de saúde perpassa a construção de atitudes voltadas para a geração, junto aos indivíduos de confiança para superar as dificuldades; solidariedade, coesão social; transformação social, a qual deve estar voltada para o bem comum e; participação popular.

A partir destas premissas, foi desenvolvido um estudo o qual buscou identificar se existiam estratégias educativas emancipatórias que eram realizadas com ou pelos conselheiros de saúde junto aos conselhos municipais de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas, semiestruturadas, com os conselheiros municipais de saúde e comunidade em geral, dos três municípios de maior IDESE da 19ª CRS, ou seja, Nonoai², Três Passos e Tenente Portela. A pesquisa caracteriza-se como de cunho qualitativo, aonde, em cada um dos municípios foram entrevistados seis sujeitos (3 conselheiros e 3 representantes da comunidade em geral), totalizando 18 sujeitos estudados.

Num primeiro momento foi realizado um contato prévio com o presidente dos conselhos municipais de saúde e posteriormente com os próprios conselheiros, sendo agendada, via telefone, uma data para a realização das entrevistas semiestruturadas. Para este contato prévio foram utilizadas informações disponibilizadas pela 19ª CRS, a qual dispunha do cadastro de todos os membros dos respectivos conselhos municipais de saúde.

² Após a conclusão da coleta e análise de dados da pesquisa, o município de Nonoai deixou de integrar a 19ª CRS, passando a compor a área de abrangência da 11ª CRS com sede no município de Erechim.

As entrevistas foram realizadas em horários e locais previamente agendados, sendo que ocorreram em um único momento com cada um dos sujeitos. O local escolhido para as entrevistas foi a própria sede do conselho municipal de saúde a que pertenciam os conselheiros.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas com os conselheiros municipais de saúde, utilizamos um roteiro de entrevista (APÊNDICE A). O roteiro contou com questões abertas e fechadas que visaram uma melhor abordagem junto aos sujeitos e a partir disso, culminaram na obtenção dos objetivos esperados.

No que se refere à coleta de dados junto à comunidade em geral, a mesma foi realizada com os usuários que utilizam o sistema de saúde. Assim, coletamos os dados com usuários dos três municípios pesquisados, que em um determinado dia, estiverem presentes junto na reunião dos conselhos municipais de saúde. Como em alguns municípios não havia pessoas da comunidade em geral, ou seja, sujeitos não conselheiros presentes na reunião, realizou-se a coleta junto as pessoas que estavam, em um determinado dia, junto às unidades de saúde e hospitais dos municípios estudados.

Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente e participaram aqueles que estavam presentes nas reuniões do conselho e em sequência nas unidades de saúde e hospitais e que, no momento, manifestaram interesse e disponibilidade. Faz-se importante frisar que, em apenas um dos três municípios estudados, haviam pessoas da comunidade presentes na reunião do conselho municipal de saúde, nos demais foi necessário realizar a coleta de dados, junto à comunidade em geral, em estabelecimentos de saúde.

Para coletar dados junto à comunidade em geral, utilizamos, também, a técnica de entrevista semiestruturada. Para aplicarmos a entrevista semiestruturada fizemos uso de um roteiro de entrevista (APÊNDICE B).

Com relação ao registro de dados, o mesmo foi feito no momento das entrevistas, por meio da utilização de um gravador. Já no que tange a análise dos dados, fez-se uso da Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto. Nascida de uma longa tradição de abordagem de textos, essa prática interpretativa se destaca, a partir do início do século XX, pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas. Na verdade, trata-se da

sistematização, da tentativa de conferir maior objetividade a uma atitude que conta com exemplos dispersos, mas variados, de pesquisa com textos. (BARDIN, 1997).

Nesta investigação, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que garante o anonimato, privacidade e o direito do pesquisado em desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou danos para o mesmo sendo que uma cópia do termo ficou com o participante do estudo e a outra permaneceu com o pesquisador.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os dados coletados foram manipulados somente pela pesquisadora, sendo os sujeitos codificados em CS1, CS2... e CG1, CG2.... em ordem sucessiva. Foram utilizadas as siglas CS por se tratarem de conselheiros de saúde e CG por compreenderem a comunidade em geral. Estes dados serão guardados por cinco anos e depois incinerados, preservando as informações dos sujeitos da pesquisa.

Ainda cabe destacar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Câmpus de Frederico Westphalen e conta com o CAEE número 11039012.3.0000.5352.

Nesse sentido, para fins de análise foram criadas categorias que orientaram a análise de resultados. As categorias foram estabelecidas a partir de elementos que acreditamos serem essenciais para a emancipação dos conselhos, tais como a forma de organização das reuniões; as concepções da comunidade em geral e dos conselheiros acerca do conselho municipal de saúde; influência da escolha dos conselheiros nas atividades do conselho; o conselho como um local de luta da população em geral e a qualificação dos conselheiros.

Na prática as categorias ficaram assim constituídas: a) da organização das reuniões dos conselhos municipais de saúde; b) da concepção da comunidade sobre o conselho municipal de saúde à visão dos conselheiros e da própria comunidade; c) da forma de escolha dos conselheiros e a interferência sob as ações do conselho municipal de saúde; d) da qualificação dos conselheiros de saúde; e) o conselho municipal de saúde como um espaço de e luta da população.

4.1 Da organização das reuniões dos conselhos municipais de saúde

Quando abordamos as questões referentes à organização das reuniões dos conselhos municipais de saúde, era fundamental ter em mente que isso envolvia

duas questões: a primeira, referente ao arranjo das reuniões, e a segunda, a definição da pauta que estrutura as discussões nas reuniões do conselho.

No que se refere à organização das reuniões, de forma unânime, o que se observou nos relatos dos conselheiros, é que elas ocorrem mensalmente, no caso de reuniões ordinárias, sendo que entre estas reuniões mensais, pode haver a necessidade de outras reuniões, o que eles denominam como extraordinárias, sendo ambas, coordenadas pelo presidente do conselho, com o apoio do secretário.

“Temos ordinariamente todo o mês e extraordinariamente mas, todo o mês, na última quinta do mês, religiosamente, as 18horas, o conselho se reúne”. (CS 2).

“As nossas reuniões são trabalhadas assim, uma vez por mês, com exceção de quando há a necessidade de ser vista alguma coisa, precisa ser aprovado de urgência, enfim, se chama uma reunião extraordinária, duas se for preciso. Se trabalha com uma reunião por mês com exceção de meses que se faz então duas reuniões, em casos que sejam necessários”.(CS 5)

“Difícilmente nós pulamos alguma, até no mês em que estamos de férias. Então a gente procura, principalmente a nossa presidente. Toda a segunda quarta-feira do mês”. (CS 6)

“Nossas reuniões, que ocorrem mensalmente, são organizadas e coordenadas pela nossa presidente e a secretária do conselho. Elas que correm atrás de tudo”. (CS 9).

Assim, podemos observar que os conselhos municipais de saúde dos municípios estudados, no que tange a organização das reuniões, as mesmas ocorrem mensalmente, reuniões ordinárias, e caso seja necessária, são convocadas reuniões extraordinárias, havendo, dessa forma, uma periodicidade das mesmas. Isso vai ao encontro dos achados de Van Stralen et al, (2006), Silva (2012) e com o que define a Resolução 333 de 4 de novembro 2003, do conselho nacional de saúde.

De acordo com esta Resolução, o plenário do conselho de saúde deve se reunir, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu regimento interno já aprovado, sendo que as reuniões plenárias são abertas ao público. (BRASIL b, 2003).

Diante das discussões trazidas acima, podemos evidenciar que o evento destes conselhos se reunirem mensalmente compreende um ponto positivo, diante do fato, inicial, de seguir um preceito legalmente instituído, no caso pela Resolução 333/03, mas também por promover, periodicamente, momentos de discussões com relação à saúde de toda uma população. Conforme Guerreiro (2012), para

alcançarmos a emancipação precisamos deixar de lado a conformação sob a realidade vivenciada e precisamos buscar conhecer as realidades e tentar intervir, de forma positiva sob elas.

As reuniões compreendem oportunidades para, comunidade e conselheiros, discutirem acerca das questões que envolvem a saúde, diante disso, tais debates perfazem estratégias de emancipação dos conselhos e da população. É importante lembrar que é garantida a participação da comunidade junto às reuniões, o que abarca uma forma de emancipar estas populações.

Além da necessidade das reuniões do conselho municipal de saúde, serem realizadas periodicamente, é primordial a construção de uma pauta, que deve abranger todos os assuntos que vão ser discutidos nos transcorrer dos encontros. Entretanto, para que ocorra efetividade dos assuntos que serão debatidos, é necessário que esta pauta seja construída em conjunto. Com relação à definição da pauta das reuniões, o que se observou é que:

“Quem define a pauta é as demandas da secretaria da saúde, do hospital com aval da presidente. Quando tem questões da comunidade também estes assuntos vão para a pauta, muitas vezes se fazendo presente as pessoas correspondentes. Tudo que vem até nós é pautado, não fica nada de fora, pode ser usuário, pode ser o que for, desde que exista a demanda a gente pauta”. (CS 4)

“Quem define a pauta normalmente é o presidente junto com os segmentos que nós temos, o hospital que, a secretaria municipal de saúde é a maior interessada e os próprios usuários, então tem uma pauta mínima que é de assunto A, B e C e alguma coisa se coloca de assuntos gerais,...”. (CS 2)

Nos relatos apresentados, observou-se que a definição das pautas das reuniões acaba sendo centralizada na pessoa do(a) presidente dos conselhos municipais de saúde, o/a qual, inicialmente, levanta as demandas das instituições de saúde do município, sendo estas ligadas à secretaria de saúde e hospitais, e posteriormente, busca demandas da comunidade em geral.

Contudo, se evidencia que os conselheiros, de uma forma geral, participam muito pouco da elaboração das pautas aonde estão definidos os assuntos que serão discutidos na reunião do conselho municipal de saúde.

Nas pesquisas de Rocha (2011), Matuoka e Ogata (2010) e Silva (2011), a composição da pauta, também, é frequentemente definida pelo presidente do conselho e pelo secretário municipal de saúde, sem maiores debates, demonstrando alto grau de controle dos conselhos pelos governos municipais. Fato também

ressaltado no estudo de Kronemberger (2010), o qual nos traz que um ponto negativo junto à participação popular nos conselhos municipais de saúde está no fato de que a pauta das reuniões está, constantemente, atrelada nas mãos do governo.

Observou-se que em muitas circunstâncias, diante dos assuntos presentes em pauta, e pelas mesmas não serem elaboradas em conjunto, que as reuniões apenas seguem exigências legais, não havendo discussões acerca de problemas pontuais que ocorrem dentro das comunidades, o que é negativo, desvirtuando o verdadeiro papel dos conselhos municipais de saúde.

Van Stralen et al. (2006) observaram que os principais assuntos presentes nas pautas das reuniões das instancias de controle social são: planos municipais de saúde, relatórios de gestão, projetos e programas de saúde e organização das conferências municipais de saúde. Isto sugere que a pauta talvez seja definida, antes de tudo, pelas exigências do Ministério da Saúde e pelas resoluções do conselho nacional de saúde.

Dessa maneira, observa-se que os assuntos presentes em pauta, normalmente, vão ao encontro das necessidades de uma pequena minoria, não sendo discutidas questões de relevância social para as comunidades como um todo, isso se evidencia diante do fato da centralização da mesma no presidente e em alguns segmentos da comunidade. Labra (2006) considera que, em geral, há baixo grau de conflito entre os segmentos de conselheiros, predominando comportamentos pautados por negociações e consensos durante as reuniões e no transcorrer da elaboração das pautas, nas quais estão descritos os assuntos que serão discutidos pelos conselheiros na ocasião da reunião. Na verdade, não existe uma regra de quem deva elaborar as pautas, a Resolução 333 de 2003, apenas nos traz que "... a pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência...". (BRASIL b, 2003, p. 03). Isso é percebido em nosso estudo "*A secretária do conselho faz a pauta e antes do dia da reunião e aí ela é repassada aos conselheiros...*".(CS 1).

No entanto, entende-se que por ser uma pauta de reuniões de um conselho municipal de saúde, enquanto instância de exercício do controle social, deve ser elaborada com a participação popular, ou seja, a participação tanto de todos os conselheiros quanto da comunidade em geral, fato não evidenciado junto aos conselhos estudados.

Nos municípios pesquisados, a pauta é centralizada na pessoa do presidente e em uma pequena minoria, dentre esta, na gestão municipal, na grande maioria dos casos, o que não é o ideal. O melhor seria se esta fosse elaborada com a ajuda de todos os conselheiros de saúde e comunidade em geral, assim teríamos a garantia de que os assuntos discutidos atentariam, realmente, para as demandas existentes na saúde e na qualidade de vida da população como um todo.

Isso nos leva a compreender que ainda precisamos avançar rumo à emancipação dos conselhos no que se refere à elaboração de pautas participativas junto aos mesmos. Quando nos deparamos com pautas atreladas às mãos de uma minoria, ou ao próprio governo municipal, concluímos que as demandas da sociedade não são contempladas pelas instâncias de exercício de controle social, fato que é preocupante.

Para mudarmos este cenário, se faz necessário, inicialmente, trabalhar na perspectiva de que o debate social se faz primordial, só assim, poderemos alavancar políticas emancipatórias que se traduzam em resultados concretos junto ao controle social. Este debate social já iniciaria na elaboração da própria pauta das reuniões do conselho municipal de saúde, isso é mencionado por Guerreiro (2012, p. 01):

Nuestra humanización, nuestra emancipación, no puede quedarse reducida al esfuerzo consciente e ilustrado de nuestro pensamiento; será necesaria la acción social. Ligados a las nuevas realidades sociales, hemos de proporcionar los elementos necesarios para el despliegue real de una política emancipatoria, junto a una política de la vida, emanadas prospectivamente de la condición humana actual. No se trata de generar un nuevo pensamiento social, puesto que tal pensamiento ya está instalado en nuestras vidas, en nuestras representaciones y comportamientos, agónicamente anunciados en el debate de la postmodernidad. Se trata más bien de prestar toda nuestra atención a lo que pensamos y a lo que hacemos, para apercibirnos de las nuevas categorías y pensamientos que ya están organizando nuestras vidas.

Assim, para, realmente, alcançarmos a emancipação dos conselhos de saúde é necessário que eles se tornem locais de participação e intenso debate social, aonde os problemas de saúde de toda a comunidade possam ser discutidos, para posterior, elaboração de metas e ações para promoção de resultados satisfatórios. Isso requer a elaboração das pautas das reuniões sejam elaboradas em conjunto, ao contrário como ocorre atualmente.

Assim, segundo Silva et al. (2012), para alcançarmos esta emancipação é necessário que ocorra a participação, o diálogo e a reflexão nestes locais. O diálogo

proporciona voz ativa aos sujeitos no que se refere à discussão das realidades vivenciadas. Já a reflexão, por sua vez, estimula a atitude crítica e o poder decisório dos usuários. (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Contudo, para que isso se efetive, para que os conselhos municipais de saúde se tornem locais de discussão intensa, desde a elaboração das pautas, passando pelas reuniões e tomadas de decisão para a posterior implementação, e se tornem emancipados, a comunicação democrática em torno deles é primordial. Freire (1971) nos traz que a comunicação democrática só é eficiente se não houver a alienação dos sujeitos. Para isso, defende que a comunicação verdadeiramente democrática, e passível de tornar o homem responsável pelo seu próprio destino e capaz de problematizar o mundo, se dá através da relação dialógica em que todo ato de pensar exige de um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo.

Nesse sentido, Gomes (2009) entende que a comunicação e o diálogo dentro dos conselhos de saúde nos levarão ao caminho da libertação, pois a comunicação possibilita o aperfeiçoamento de suas ações através da construção de processos cooperativo de aprendizagem que almejam a emancipação. Dessa forma, a comunicação e o diálogo levam ao aperfeiçoamento de ideias e preceitos, que ao serem discutidos por sujeitos comprometidos com as mudanças, bons resultados acabam sendo colhidos, no que tange a emancipação dos conselhos de saúde.

Essa transformação, por meio da comunicação é necessária, no entanto, é importante frisar que, de acordo com Freire (1971), o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito. Por isso, os membros dos conselhos precisam estar preparados para exercerem a comunicação dentro dos conselhos de saúde, para que, após isso, a emancipação destes locais seja alcançada.

A comunicação compreende um dos principais requisitos para termos conselhos aonde o controle social seja exercício com eficácia. Entretanto, esta comunicação só será efetiva se iniciarem já no momento da elaboração das pautas que regem as reuniões destes locais, pois a comunicação perpassa pelo fato de todos os sujeitos envolvidos serem comunicantes. Como todos os sujeitos que deveriam estar envolvidos serão comunicantes se não participaram da elaboração das pautas? Daí a necessidade de termos a participação de todos já na definição

das pautas, para que, no momento das reuniões, ocorra a comunicação democrática.

4.2 Da concepção da comunidade sobre o conselho municipal de saúde à visão dos conselheiros e da própria comunidade

Nesta categoria, destacam-se dois pontos distintos: de um lado, interessa saber como os conselheiros de saúde veem que a comunidade em geral visualiza o conselho municipal de saúde e, por outro lado, a comunidade em geral, como ela própria concebe o conselho.

Os conselheiros municipais de saúde, ao serem questionados acerca de como eles acreditam que a comunidade em geral evidencia as ações do conselho de saúde, as respostas foram diversas. De um lado, alguns conselheiros trazem pontos positivos a respeito de como a comunidade vê as ações do conselho, por outro lado, alguns nos citam pontos negativos.

“Como um lugar onde elas podem reclamar e mudar aquela história que não foi bem e tipo uma salvação né. O conselho tem credibilidade.” (CS3).

“...ela vê o conselho como uma parte importante porque é com o conselho que se consegue deliberar muitas coisas hoje, na grande maioria na questão da saúde. O conselho municipal de saúde é hoje deliberativo, participativo, no sentido de que participamos com ele...” (CS 6).

Observou-se que alguns conselheiros acreditam que a comunidade enxerga o conselho de saúde como sendo um local de participação, aonde todos podem reivindicar e lutar por melhores condições de saúde. É importante salientar que, de acordo com a Carta de Direito dos Usuários, toda pessoa tem direito a participar das instâncias de exercício do controle social. (BRASIL, 2011).

A investigação de Pellizzaro e Milbratz (2007) afirma que, nos conselhos de saúde, aonde as deliberações são socializadas junto à comunidade, esta conhece o conselho e mostra-se parcialmente satisfeita com as ações do mesmo. Para (SANTOS, et AL, 2013), o controle social compreende um direito e um dever de intervenção da população nas instâncias decisórias máximas em saúde, possibilitando incorporação de demandas populares, a democratização, a consolidação de direitos e a transformação dos sujeitos em agentes ativos.

É importante que a comunidade aprecie, participe, conheça o trabalho e se mobilize junto aos conselhos de saúde. (GERSCHMAN, 2004). Isso é percebido por Bava quando diz que “os conselhos não são virtuosos em si. Tornam-se virtuosos na medida em que são percebidos como espaços de decisão construídos pela capacidade efetiva de atuação da representação popular da coletividade”. (2000, p.68).

Contudo, para que isso se efetive, a comunidade precisa conhecer o conselho, o que é percebido no estudo desenvolvido pela OPAS (2012), o qual constatou que no município de Borba AM, a grande maioria da população conhece o mesmo, fato que também é comprovado em nosso estudo.

A comunidade em geral, ao responder se conhece o conselho municipal de saúde, nos deixou claro que: *“Eu já ouvi falar do conselho. Sei que é a respeito da saúde e que eles lutam para melhora a saúde.”* (CG 4). *“Sim conheço, inclusive a gente mantém contato...”* (CG 6).

Nos estudos desenvolvido por Souza, et al. (2008), Oliveira (2004) e Vásquez et al. (2005), foram encontrados dados diferentes dos visualizados em nossa pesquisa. Segundo estes pesquisadores, a população até conhece o conselho, mas compreende uma parcela muito pequena da mesma.

Para Kronemberger (2010), o desconhecimento do espaço do conselho municipal de saúde compreende um dos entraves para a democracia e participação. Nesse sentido, é necessário que tenhamos em mente que o princípio fundamental dos conselhos e conferências de saúde é a participação popular. (BRASIL, 2007). Sem ela, estas instâncias não terão sentido de existirem. Souza et al. (2008) destacam que a participação da sociedade é uma condição necessária para que a população tenha uma representação efetiva, consistente e deliberativa em prol da melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

O fato de termos nos deparado com dados positivos, referentes ao conhecimento, por parte da população em geral, acerca dos conselhos municipais de saúde, junto às cidades estudadas, demonstram que alguns passos rumo à emancipação destes espaços já estão ocorrendo nestes municípios.

Em nosso estudo, nos deparamos com uma comunidade que conhece a existência dos conselhos municipais de saúde o que já é um avanço, quando comparamos com pesquisas aonde os autores relatam que a população sequer sabe da existência deles. Entretanto, apesar disso, este mesmo público refere que:

“O conselho eu conheço e as atividades não, muito pouco, nunca participei de nenhuma reunião do conselho...”. (CG 7). “Eu sei que existe este conselho, mas não sei o que realiza, quais suas ações...” (CG 8). Assim, eles sabem que existem, mas desconhecem suas atribuições.

Tal fato também é evidenciado nas falas de alguns conselheiros, que acreditam que a população de uma forma geral, não conhece as ações desenvolvidas pelo conselho. Isso sinaliza a divisão de opiniões entre os conselheiros, pois, conforme mencionado anteriormente, alguns acreditavam que a população observava, de forma positiva, o conselho, enquanto, agora, observa-se que alguns conselheiros acreditam que a população não o conhece: “*A princípio, às vezes eu penso que eles nem sabem que a gente existe, eles nem sabem, se eles sabem, fazem de conta que não sabem...*”. (CS 7). “*...a maioria das comunidades não conseguem ver o conselho, nem sequer conhecem as atividades dele .*” (CS 5).

Esta constatação é confirmada por Nunes et al. (2009), que observam, que apesar de muito ter sido feito no sentido da democratização das políticas de saúde no Brasil, no que diz a respeito à legislação, ainda existem inúmeros entraves que impedem a execução dos princípios defendidos e que necessitam serem melhor avaliados, principalmente no que se refere na participação e conhecimento das comunidades junto aos conselhos de saúde.

A comunidade poderia influir mais na decisão sobre o destino de recursos públicos no setor saúde, obter informações visando à transparência do serviço, fiscalizar a qualidade da assistência prestada, influenciar na formulação de políticas que favoreçam os setores sociais que eles representam, além de participar de maneira mais efetiva na construção das ações em saúde se conhecesse melhor as atribuições dos conselhos de saúde. (CORTES, 2002).

Nessa perspectiva, Velos (2011), sugere que a população ainda desconhece o poder dos conselhos de saúde, fato também diagnosticado nos estudos de Labra (2006), Vásquez et al. (2005) e Kawashima, et al. (2007). Em pesquisa de Duarte (2012, p.131), realizada no município de Canidé CE, “... para 59% do total dos entrevistados, as ações do conselho são desconhecidas por parte da população em geral”. Este desconhecimento é percebido mediante a ineficácia destas instâncias e na participação popular como um todo.

Para Santos et al. (2013, p.53):

A participação propriamente dita, entendida enquanto exercício de cidadania com seus direitos e deveres, corresponsabilização, envolvimento na formulação, planejamento e solução dos problemas, fiscalização das políticas de saúde ainda é incipiente e fragilizada em termos de viabilização/consolidação no cotidiano das populações.

Assim, podemos observar que a população, apesar de saber da existência dos conselhos municipais de saúde, não conhece as atividades que eles desenvolvem, não participam, e em consequência, não reivindicam. Dessa forma, isso representa um grande entrave para a efetivação destes espaços de exercício do controle social, os quais necessitam, para desempenhar seus papéis, da participação da comunidade como um todo.

Contudo, é importante argumentar que é dever do próprio conselho municipal de saúde, entre outras atribuições, de informar a população em geral a respeito das formas de participação, do regimento, da composição, conferências, reuniões, deliberações e ações desencadeadas pelo conselho. (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, se a população desconhece o conselho, ele próprio tem seu viés de culpa, diante do fato de ele mesmo ser responsável pela divulgação dos trabalhos junto à comunidade. Assim, em locais aonde eles não têm visibilidade junto à comunidade, deve partir desse o desenvolvimento de ações que façam com que a população, além de conhecerem, participe ativamente das reuniões e ações destes espaços de suas cidades.

Deve ser destacado que os conselhos de saúde não se encontram atomizados da realidade social e refletem, portanto, a prática democrática de cada localidade. Desta forma, os conselhos só conseguem exercer eficazmente o papel de instância democrática, participativa e deliberativa em ambientes onde os valores democráticos são respeitados e valorizados. Esperar dos conselhos um desempenho democrático exemplar em uma atmosfera onde predominam a competição desenfreada, a desonestidade e a desvalorização do outro é acreditar em uma realidade quimérica inatingível. Isto só contribui para o desenvolvimento de expectativas frustrantes e geradoras de descrédito. (JUNIOR; GERSCHMAN, 2013, p. 01).

As pesquisas destacam que os conselhos são um tipo de mediações para o exercício da cidadania. Contudo, para que isso se efetive é necessário que ocorra a redefinição de laços entre o espaço institucional e as práticas da sociedade civil organizada, de forma que não haja nem a recusa à participação da sociedade civil organizada, nem a participação movida pela polaridade do antagonismo a priori. (GOHN, 2004).

Para que ocorram mudanças neste cenário, é importante, de acordo com Souza et al. (2013), existir um trabalho insistente de motivação e sensibilização das pessoas para a participação popular. Segundo Brasil (2007), uma das formas seria a criação de processos de educação permanente e popular em saúde que se desenvolvem no diálogo entre trabalhadores de saúde, população em geral e o próprio conselho.

As orientações da área de saúde destacam que é dever do conselho municipal de saúde criar estratégias com vistas na sensibilização da comunidade em geral no que tange a conhecerem e participarem das atividades desenvolvidas por ele. Diante dessa perspectiva, aonde é dever dos conselhos de saúde estabelecer estratégias educativas para o exercício do controle social, para posterior, emancipação da sociedade e dele próprio, é que foi criada a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social. Um dos objetivos desta política é o apoio a processos de formação de formadores e multiplicadores para o controle social, aonde serão criados canais permanentes, entre o conselho e a comunidade, no intuito de estimular a participação popular. (BRASIL, 2007 b).

Para alcançar este objetivo, a Política de Educação Permanente para o Controle Social institui a necessidade da criação de comissões de comunicação e informação dentro dos conselhos de saúde. (BRASIL, 2007b). Estas comissões ficam encarregadas de promover ações de educação permanente, tanto com os conselheiros, quanto com a própria comunidade. Cabe frisar que estas comissões são formadas dentro dos próprios conselhos de saúde.

Tudo indica que o primeiro passo rumo ao conhecimento, por parte da comunidade em geral, acerca das ações que os conselhos municipais de saúde desenvolvem, está em processos educativos que envolvam estes espaços e a população. Para Freire (2002), a educação compreende uma ferramenta para a transformação social, aonde ocorre a libertação e a conscientização das pessoas. Seu objetivo principal, segundo Machado (2008, p.46) “é o protagonismo social, ou seja, o desenvolvimento do pensamento crítico e a conscientização do povo como protagonista de sua história e como autor de sua inclusão”.

A emancipação dos conselhos municipais de saúde, no primeiro momento passa por processos educativos que envolvam eles próprios, para posterior estimulação da comunidade em geral, para o exercício pleno do controle social. Só assim, criaremos estratégias emancipatórias, no que tange a participação popular,

dentro destes locais, pois o que temos hoje são conselhos pouco conhecidos pela comunidade, que sabem que eles existem, mas desconhecem as ações que desenvolvem e conselheiros divididos, alguns dispendo da consciência de que a população desconhece as reais atribuições dos conselhos de saúde, e outros, acreditando, que a população enxerga o real papel deles.

Diante desta disparidade de opiniões entre os conselheiros, é que se faz importante este estudo, o qual poderá mostrar de que forma a comunidade em geral visualiza o conselho para que, a partir disso, eles mesmos possam, e tem a obrigação, de intervir nestas comunidades no que se refere ao desenvolvimento de estratégias que sensibilizem os usuários para a participação popular, tornando-os, locais de visível emancipação.

4.3 Da forma de escolha dos conselheiros e a interferência sob as ações do conselho municipal de saúde

De acordo com a resolução 333 de 2003, o conselho de saúde compõe-se por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre seus membros em reunião plenária. O número de conselheiros será indicado pelos plenários das instâncias de controle social, devendo ser definido em lei, necessitando, respeitar a paridade de: 50% usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviço. (BRASIL b, 2003). Assim, sua composição está definida legalmente.

No que se refere ao mandato dos conselheiros, a Resolução 333 de 2003 estabelece que:

O mandato dos conselheiros será definido no regimento interno do conselho, não devendo coincidir com o mandato do governo estadual, municipal, do Distrito Federal ou do governo federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações". (BRASIL b, 2003, p. 02).

Quanto à escolha dos conselheiros, é importante frisar que "... deve ser amplamente divulgada, para que os grupos da sociedade possam saber e indicar representantes. A escolha dos conselheiros pode ser feita por eleição ou por indicação, de acordo com o previsto no regimento interno do próprio conselho".

(BRASIL, 2010, p. 25). Todas estas regras foram estabelecidas com o intuito de proporcionar, aos conselhos de saúde, uma maior idoneidade, ou seja, tinham por objetivo, transformá-los em segmentos desprovidos de um sentido político partidário, que levassem em conta interesses particulares, com vistas a alcançarem o bem comum. Assim, busca-se que a escolha dos conselheiros não interfira na atuação do conselho, pois se acreditaria que só seriam escolhidos representantes capazes e comprometidos com a causa.

Ao serem interpelados, conselheiros de saúde e comunidade, acerca do fato de existir ou não interferência mediante a escolha dos conselheiros, e obtivemos dados contraditórios. A grande maioria dos sujeitos pesquisados referiu existir sim esta interferência, enquanto que, um pequeno número, argumentou que não, conforme as falas abaixo:

“Acho que não interfere. Se administração e o prefeito municipal quer fazer uma boa administração, acho que não interfere”. (CG 5).

“A forma de escolha do nosso conselho, principalmente, é uma forma aberta, transparente e ela não dá uma interferência negativa...”. (CS 6).

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa desenvolvida pelo IPEA (2011), aonde 58% dos sujeitos estudados relatam ser muito satisfatória ou satisfatória a forma de escolha dos conselheiros junto aos conselhos de saúde estudados.

Entretanto, apesar do fato de existirem legislações que garantam a paridade dentro dos conselhos e de que a escolha dos novos conselheiros não deva coincidir com as eleições, nas três esferas de governo, para alcançar uma desvinculação da gestão e uma maior efetividade dos mesmos, o que se observa, junto aos relatos é que:

“Influencia bastante, no sentido político mesmo, nomeia tal pessoa porque preciso da aprovação, isso eu vi, acompanhando eu senti isso.” (CG 2).

“Eu acredito que sim, sim, com certeza, tendo em vista o fato de serem ou não esclarecidos as pessoas, questões políticas também, vários que estão lá porque tem que ter alguém, sem muita vontade, estando lá porque precisam estar lá, que vão contra a vontade...”. (CG7).

“Interfere, interfere, até politicamente falando interfere. Tanto interfere que em decisões que precisa interferir em poder público, já aconteceu conosco, os conselheiros são procurados, então existe sim muitas vezes.” (CS 9).

Esta interferência nas ações do conselho de saúde e escolhas dos seus membros, é verificada também em outras pesquisas, para Kronemberger (2010), Correa (2007) e Saliba et al. (2009), um dos entraves junto ao funcionamento dos conselho compreende a escolha dos conselheiros. Ou seja, mediante os estudos trazidos acima e, em consonância com os fatos levantados junto a nossa pesquisa, pode-se observar que, de fato, a escolha dos conselheiros acaba interferindo, de forma relevante, no desempenho do conselho como um todo, isso se dá devido a alguns fatores. Diante das falas, dos conselheiros e da comunidade em geral, acredita-se que esta interferência ocorre em decorrência da falta de conhecimentos, por parte dos conselheiros, para exercerem o papel de membro do conselho; pela falta de comprometimento dos conselheiros e; pela forte ligação, com a gestão municipal, de alguns membros.

Portanto, acredita-se que um dos fatores que levam a interferência, junto ao conselho de saúde, no que tange a escolha de seus membros, esteja ligada à falta de conhecimentos, por parte dos conselheiros, para exercerem sua função o que também é trazido nos estudos de Duarte e Machado (2012), Kronemberger (2010), Gerschman (2004) e Saliba et al. (2009).

“Interfere, pois vai um conselho, trabalha os 4 anos, depois troca a administração, e troca o conselho quando este conselho começou a dar certo eles colocam outros que não entendem a respeito do que eles tem que fazer e tem que mudar de novo, sair de novo. Assim, interfere, sim.” (CS 5).

Ao visualizarmos os dados acima, aonde tanto conselheiros, quanto a comunidade em geral nos relataram que um dos fatores que interferem nas ações do conselho, compreende a escolha de conselheiros que não tem os conhecimentos necessários para exercerem as funções pertinentes enquanto conselheiros municipais de saúde, isso nos leva a crer que estes não estão preparados para desempenharem as atribuições que lhes competem.

Os conselheiros estão no conselho de saúde no intuito de representar os interesses da população como um todo, exercendo funções de grande relevância dentro do serviço de saúde, pois está nas mãos deles o dever de deliberar e fiscalizar todas as ações de saúde desenvolvidas dentro do município. Com relação às atribuições dos conselheiros, Brasil (2010, p. 29) estabelece que “cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde”.

Diante do exposto, observa-se que os mesmos exercem um importante papel dentro da sociedade e é deles o dever de fazer, também, com que o conselho municipal de saúde se torne um espaço aonde discussões, que surtam efeitos positivos dentro das comunidades, possam ocorrer com dignidade, integralidade e eficiência.

O cenário apontado na pesquisa indicando que alguns conselheiros não tem conhecimentos necessários para exercerem suas funções, permite-nos compreender que ainda precisamos trilhar um longo caminho no que se refere a escolha, consciente destes sujeitos, os quais ocupam lugares privilegiados dentro dos processos de gestão municipal. Isso nos remete a discussão acerca de qual o fato que leva a isso. Seria a falta de qualificação e capacitação ou seriam estes escolhidos sem critério algum, levando a nomeação de sujeitos omissos à causa do controle social?

A falta de interesse e representação pouco expressiva, por parte de alguns conselheiros, em exercerem a função que lhes é designada de forma contundente, também é um dos fatores que os sujeitos nos relataram como sendo um dos elementos que dificultam as ações do conselho, fato que é trazido, também, no estudo de Jorge e Ventura (2012) e Gerschman (2004), os quais nos traz que este descompromisso compromete a legitimidade da democracia, dificultando a atuação do próprio conselho de saúde. “No meu ponto de vista eu acho que sim. Pois tem que pensar bem, pois devem ser pessoas que sejam comprometidas com a sociedade.” (CG4).

Algebaile (2011) considera os conselheiros de saúde como sujeitos que compartilham a missão de deliberar, acompanhar e fiscalizar as políticas públicas de saúde. Assim, compreendem atribuições essenciais, pois possibilitam um melhor funcionamento do nosso sistema de saúde como um todo. Daí a necessidade, segundo Cristo (2012), destes serem comprometidos com suas atribuições, não atuando como meros fantoches operando, por vezes, em processos meramente protocolares, com funções legitimadoras das decisões tomadas no interior da estrutura estatal, não exercendo seu papel que é de formular e fiscalizar toda a política de saúde.

Infelizmente, muitos conselheiros de saúde atuam nesta perspectiva. Para Jorge e Ventura (2012, p. 114,).

“... há ainda longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja eficiente, eficaz e efetiva na condução da política pública

de saúde, principalmente no que diz respeito à autorresponsabilização dos próprios participantes a fim de criar comprometimento e organização popular...”.

Fato também observado por Gerschman (2004), o qual ressalta que o papel dos representantes no conselho municipal de saúde torna-se de difícil efetivação, dado a ausência de papel político e de inserção em algum tipo de militância que sustente e respalde a atuação do conselheiro.

A falta de interesse de alguns conselheiros em exercerem suas funções enquanto representante de uma comunidade, junto a uma instância de exercício do controle social, acaba não só interferindo nas ações do conselho, mas na saúde da população como um todo. No momento em que temos conselheiros de saúde que não se comprometem com sua missão de deliberar e fiscalizar acaba se perdendo o que tanto se buscou através dos movimentos sociais, que é de exercer o controle social, mediante a busca por representar os interesses da população. Por isso, estes conselheiros precisam ter consciência de seu papel e da responsabilidade que assumem no momento que se inserem no conselho de saúde. Não é simplesmente ser um mero membro, mas é representar os interesses de uma comunidade toda.

Além disso, nos foi relatado que a forma de escolha dos conselheiros seria dificultada diante da relação estabelecida pelos conselheiros com a gestão municipal, ou seja, são escolhidos mediante interesses. *“Ele interfere bastante por que aqui em (...) infelizmente a ligação com a gestão é uma grande realidade em nosso país.”* (CS 1).

Para Kronemberger (2010), o conselho acaba só representando interesses específicos e não coletivos, em virtude da excessiva concentração do poder estar nas mãos do próprio gestor. O mesmo autor aborda em sua pesquisa a falta de autonomia do conselho, pois em muitos conselhos a “prefeiturização” é tão grande que as entidades que tem representantes junto ao conselho, são as mesmas que tem uma ligação direta com a gestão municipal, o que é visualizado em estudo desenvolvido pelo IPEA (2012, p.51) “há necessidade de o conselho tornar-se mais autônomo em relação à gestão, pois é necessário superar a tutela da gestão em relação ao conselho”.

Duarte e Machado (2012), destacam como ponto negativo para o funcionamento dos conselhos de saúde, a omissão de grande parte dos

conselheiros, o que acarreta uma dependência ao poder municipal junto ao funcionamento do mesmo.

A forte ligação do conselho de saúde com a gestão municipal é percebida como fator prejudicial para o funcionamento do exercício do controle social, pois, visualizamos junto a falas de alguns de nossos sujeitos, que existem casos de conselheiros que são escolhidos por interesses da gestão municipal. Claro, que é preciso ter em mente que a gestão sempre tem acento junto ao conselho municipal de saúde, com um membro representando os prestadores de serviço, contudo, a troca de gestão não pode influenciar no sentido de elencar membros que venham a beneficiar os interesses da gestão, pois é papel dos conselheiros municipais de saúde mostrarem-se idôneos a causas político partidárias e lutarem por benefícios que sejam refletidos junto a comunidade como um todo.

Precisamos compreender que “os conselhos de saúde devem ser aliados da secretaria de saúde na busca de um sistema de saúde melhor para todos”. (BRASIL, 2010, p. 29). Daí então, a necessidade de existir sim uma ligação entre a gestão municipal e os conselhos de saúde, contudo, esta ligação não pode ser de caráter político partidário, mas abalizado na busca pelo bem comum dentro da área da saúde.

Por tanto, a ligação entre conselho de saúde com a gestão municipal deve se restringir ao trabalho pela busca de melhorias na saúde e na qualidade de vida da população. Um exemplo dessa ligação está na necessidade do plano municipal de saúde do município, ser construído pela gestão com a ajuda do conselho municipal de saúde. Para Oliveira (2004), o conselho tem como competências: fiscalizar e controlar a execução da política de saúde, inclusive econômica e financeiramente (função fiscalizatória); avaliar ou opinar sobre convênios ou outras questões da saúde (função consultiva); definir as políticas e as prioridades de saúde; e avaliar e deliberar sobre plano municipal de saúde (função deliberativa). Por isso, o plano municipal de saúde precisa, obrigatoriamente, passar pela avaliação, e posterior, aprovação, do conselho. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8.142/90, o plano municipal de saúde deve ser apreciado e aprovado pelo conselho municipal de saúde, pois somente desta forma esta instância de controle social estará cumprindo o seu papel de co-formulador das políticas de saúde do município. (BRASIL, 1990).

Entretanto, este quesito não é cumprido em todos os municípios, conforme é visualizado nos relatos abaixo:

“Não a secretária é nova, o prefeito é novo. Ainda não foi apresentado mais se pretende apresentar este plano...”. (CS 7).

“O plano de ação sempre foi habitualmente apresentado menos este ano, não sei, foi um ano ímpar que foi por que o ano passado foi um ano político não sei se foi estratégico ou se foi pensado, não creio que tenha sido esta a intenção, mas o conselho já cobrou isso do administrador e do gestor e a gente redefiniu algumas metas e algumas ações.” (CS1).

“Nós temos cópia do plano, mas desde que eu faço parte este plano nunca foi apresentado...”. (CS4).

Corroboram com estes apontamentos os achados de Cristo (2012), ao constatar que em muitos municípios o plano municipal de saúde é apresentado aos conselheiros em sua versão quase final, quando o ideal seria que eles participassem de sua elaboração desde o início. Dessa forma, o conselho municipal de saúde apenas aprova o plano, não discutindo sua construção e elaboração como seria o ideal.

Observou-se que em alguns dos municípios estudados, o plano municipal de saúde não foi sequer apresentado ao conselho municipal de saúde, sendo que o mesmo deveria ter sido contribuído com a ajuda do mesmo, fato que colabora para a não elaboração de um documento contundente que realmente venha a abarcar as reais necessidades da população. Assim, compreende um documento falho que não surtirá os efeitos para os quais foi criado, que é de balizar as ações da administração municipal, no que se refere à saúde para os próximos quatro anos, com eficiência e eficácia. Em contrapartida, relatos de conselheiros demonstram que o plano municipal de saúde é apresentado ao conselho municipal de saúde, conforme é previsto em lei.

“O plano de ações da secretaria de saúde sempre passa pela aprovação do conselho e as vezes com algumas alterações, baseadas com aquilo que a comunidade pede...”. (CS 2)

“Sim, é aprovado, passa pela câmara técnica e passa pelo conselho municipal de saúde., os conselheiros que aprovam.” (CS 3).

Fato semelhante foi apresentado no estudo de Araújo et al. (2007), aonde o plano municipal de saúde do município de Belo Horizonte foi construído e aprovado com a participação ativa do conselho municipal de saúde, o que proporcionou uma melhor efetividade nas ações desenvolvidas pela secretaria municipal de saúde.

A apreciação do plano municipal de saúde pelo conselho compreende uma forma de gestão participativa, a qual abarca uma das metas a ser alcançada pelo controle social dentro dos municípios. O controle social representa um avanço na medida em que potencialmente amplia os espaços e o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública. Dessa maneira, contribui para o

aprofundamento do processo de uma gestão democrática do país, já que vários setores da sociedade são incorporados no processo das decisões públicas, ampliando-se a representação democrática e a participação popular das várias partes da sociedade. (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Constatou-se que em alguns municípios o plano municipal de saúde não só passa pela aprovação, mas também é construído com a ajuda do conselho, o que caracteriza a atuação contundente e eficiente do mesmo, o qual se faz presente junto a uma discussão a qual leva a elencar as metas para a saúde de toda uma administração.

Diante de tais fatos, podemos compreender que a escolha dos conselheiros municipais de saúde acaba influenciando diretamente nas ações destes espaços. Neste contexto, para que o conselho desempenhe seus papéis de forma efetiva, é necessário que seja composto por conselheiros capazes de argumentar, defender e lutar por políticas públicas de interesse da população que ele representa. Só assim teremos um conselho municipal de saúde que exerce o controle social de forma resolutiva.

Nesse sentido, para termos conselhos de saúde emancipados requer-se conselheiros que tenham conhecimento para realizar suas atribuições, que tenham capacidade de deliberar a respeito das questões de saúde e, acima de tudo, não defendam interesses particulares, e sim o bem comum.

Os conselheiros de saúde devem se engajar junto à estruturação de políticas públicas emancipatórias, só assim, poderemos construir melhorias junto à comunidade como um todo. Para Ambrosini (2012, p.177):

uma política emancipatória, é uma mudança na maneira tradicional de governar, significa governar com a participação de todos. É romper com as estruturas regulatórias que trazem ao cidadão as decisões já tomadas por especialistas.

Contudo, só construiremos uma política emancipatória se tivermos uma sociedade, como um todo organizado. Quando nos deparamos com conselhos de saúde aonde alguns conselheiros têm pouco conhecimento acerca das temáticas que envolvem o controle social, ou fortemente ligados à gestão municipal, ou ainda, pouco comprometidos para exercerem seus papéis enquanto representantes sociais, visualizamos uma sociedade civil que também está desorganizada. No momento que não temos uma sociedade civil organizada fortemente em torno do exercício do controle social, teremos reflexos preocupantes dentro dos movimentos sociais, no

nosso caso, nos conselhos municipais de saúde. Como teremos, somente, conselheiros instruídos para o controle social e preparados para o exercício legítimo do mesmo se não temos uma sociedade organizada para colocar em prática o controle social?

Para Gohn (2004), a sociedade civil deve se organizar, pois esta é um dos atores fundamentais do poder local. Além disso, a autora nos traz que isso perpassa pela criação, dentro da sociedade, de uma cultura coletiva aonde é deixado de lado picuinhas e divergências em torno de interesses particulares e corporativistas. Isso tem por objetivo a criação de projetos emancipatórios por meio dos quais a sociedade civil deixará de lado a subordinação frente ao estado, passando a exercer o papel de protagonistas das mudanças sociais.

Ainda existem inúmeros desafios para construirmos uma sociedade civil organizada em torno da participação social e do protagonismo. Para promover mudanças nesse cenário é necessária a mobilização da sociedade e a vontade política para que isso se efetive. (GOHN, 2011).

Segundo Freire (1981), é preciso buscar a desalienação da sociedade para alcançarmos a emancipação da mesma. Entretanto, para conseguirmos isso, é necessário criarmos uma consciência crítica e comprometida com o bem comum, aonde todos se preocupem com o destino de nossa sociedade. Para Adorno (2002), a emancipação é reflexa de uma sociedade que busca insistentemente a autonomia e a independência junto ao reino dos bens e dos interesses individuais. Assim, no momento em que todos estiverem refletindo acerca das realidades das sociedades e buscando soluções para intervir sobre elas, teremos uma população emancipada.

Uma sociedade emancipada é composta de sujeitos que são comprometidos com o bem comum, que terão consciência do seu papel enquanto cidadãos. A partir disso, estes mesmos sujeitos serão capazes, todos eles, de representar a população, como um todo, junto aos movimentos sociais, como os conselhos de saúde, pois, conforme Freire (1972), a cultura do silêncio só pode ser rompida na medida em que todas as pessoas tenham acesso ao poder real.

É impreterível a necessidade de organizarmos nossas sociedades para o exercício do controle social, para que, posteriormente, os membros desta mesma sociedade sejam capazes de lutarem pelos benefícios de todos, ou seja, fazer com que todos assumam os riscos por todos. Para Freire (2000), temos que assumir riscos, pois só assumindo riscos teremos chance de experimentarmos a liberdade, a

inovação, a criatividade, a liberdade e, por fim, a consciência dentro de uma sociedade.

Nesse sentido, é primordial a criação de uma consciência social no sentido de exigir pelos seus direitos, deixando de lado a acomodação. Conforme Gohn (2011) importa à criação de propostas que almejem o protagonismo e a participação popular que culminem de espaços públicos que não sigam modelos neoliberais, que sejam respeitados os direitos de cidadania e que se aumentem progressivamente os níveis de participação democrática da população.

Segundo Gohn (2003, p. 30):

A participação é um processo de vivência que imprime sentido e significado a um movimento social, desenvolvendo uma consciência crítica e gerando uma cultura política nova. A defesa da democracia participativa a partir dos movimentos sociais como critério legitimador da própria democracia e como canal de manifestações das classes oprimidas é uma necessidade do Estado Democrático de Direito, bem como uma clara e evidente forma de desenvolvimento.

Sociedades que pouco exigem devem ser substituídas por sociedades que almejam a participação pela efetivação de seus direitos, diante do fato de que inúmeras conquistas sociais, legalmente já foram alcançadas, mas agora precisamos legitimar estas conquistas. Com sociedades exigentes, teremos também conselhos de saúde compostos por conselheiros atuantes e comprometidos com o controle social.

4.4 Da qualificação dos conselheiros de saúde

Para Brasil (2008), é atribuição dos conselheiros municipais de saúde o controle sobre o dinheiro investido na área da saúde; acompanhamento das verbas que chegam pelo SUS e os repasses de programas federais; participação da elaboração das metas para a saúde e; controle da execução das ações na saúde. Ainda, nessa perspectiva, conforme Brasil (2002, p. 31): "é papel do conselheiro de saúde participar na formulação das políticas de saúde, acompanhar a implantação das ações escolhidas, fiscalizar e controlar gastos, prazos, resultados parciais e a implantação definitiva dessas políticas".

Considerando tais atribuições, podemos observar que os conselheiros tem um importante papel dentro dos conselhos de saúde, pois são eles que representam

os interesses, com relação à saúde, de toda a comunidade. Assim, faz-se necessário que estes conselheiros sejam preparados para desempenharem suas funções enquanto membro dos conselhos de saúde.

No entanto, a comunidade em geral e os conselheiros de saúde, ao serem questionados, acerca da formação dos conselheiros, se a mesma é adequada para a função que exercem junto ao conselho municipal de saúde, relatam acreditar que esta formação é inadequada, necessitando de capacitações, conforme pode ser visualizado abaixo:

“Teriam que ter uma formação adequada pelo menos devem saber levar as reivindicações de suas comunidades”. (CG 9).

“Eu acho que tinha que ter uma qualificação. Para que eles possam estar desempenhando sua função de forma correta”. (CG 5).

“...Eu defendo que sejam feitos seminários, capacitações, enfim, que venham abrir um leque maior pros conselheiros...”. (CS 6).

Corroboram com estas falas, os estudos realizado por Cotta et al. (2009; 2010), que abordam a respeito da desqualificação dos conselheiros de saúde e a necessidade destes receberem capacitações para desempenhar suas funções no que se refere ao exercício do controle social.

De acordo com as diretrizes estabelecidas pelo II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, fica definido a necessidade da realização, em ordem periódica, do desenvolvimento de processos de capacitação a conselheiros de saúde em todo o território nacional. Este encontro contou com a participação de mais de dois mil conselheiros, os quais relataram as dificuldades encontradas na atuação junto aos conselhos de saúde, e diante disso, a necessidade do desenvolvimento de capacitações em caráter permanente. (BRASIL, 1998).

Para Brasil (2002), os processos de capacitação que, envolvem conselheiros de saúde devem ser desenvolvidos em caráter permanente e contínuo, em decorrência da renovação sucessiva destes sujeitos em consequência às demandas oriundas da prática.

Os relatos destacam que não existe nenhum programa de capacitação de conselheiros em esfera regional. O que existe são estratégias individualizadas que primam pela formação destes sujeitos.

“Nós como conselho nunca tivemos isso aqui, de conselho a gente não tem.” (CS 5).

“Não, nós aqui ainda não tivemos. Tivemos o recebimento de um livro pra nos atualizar, pra colocar como é que se trabalha. Mas realmente, o que a gente faz, a gente vem aprendendo com o passar do próprio tempo...”. (CS 6).

Rocha (2011) identificou que a ausência de processos de capacitação é uma realidade em inúmeros conselhos municipais de saúde, hoje, no país. Esta informação é confirmada por Silva (2011), em estudo desenvolvido junto ao conselho municipal de saúde de Pelotas, que destaca que a ausência de capacitação é uma realidade vivenciada pelos conselheiros. A falta de capacitação acarreta no déficit de exercício do controle social, por parte do conselho, o que tem reflexos negativos sobre toda a gestão, tanto em nível municipal, quanto estadual, e mesmo federal. O exercício pleno do controle social é um instrumento importante para alcançarmos uma gestão participativa, mediante a qual se busca uma melhor o desenvolvimento de ações mais efetivas. (SALIBA, et al., 2009).

Segundo Matuoka e Ogata (2010), para que os conselheiros de saúde venham a desenvolver as ações que lhes são atribuídas, é necessário que estes sujeitos sejam capacitados, do contrário, é difícil que os mesmos consigam tornaram os conselhos, verdadeiros, espaços de negociações e proposições de ações em saúde.

Por outro lado, alguns conselheiros destacam que receberam capacitações periódicas, apesar disso, as mesmas, em sua totalidade, não foram oferecidas em escala regional. Em conselhos aonde os conselheiros receberem capacitações, observou-se que as mesmas foram promovidas isoladamente, ou seja, foi realizado para o próprio conselho, não para os conselhos de uma forma geral, o que permite deduzir que não existem ações regionalizadas voltadas para a qualificação dos conselheiros de saúde.

“Existem programas de formação e agente teve um privilégio aqui de fazer parcerias até por que a gente sempre como município representante do conselho estadual, embora também agora dentro do nacional onde a gente pode fazer este trabalho de intercâmbio. No ano passado foi feito um trabalho com a URI de Frederico onde foi feito capacitação, ou chamo não de capacitação e sim de educação permanente com os 68 novos conselheiros que é sempre aberto a sociedade...” (CS 1).

“Existe, e ano passado nós tivemos um curso já disponibilizado aqui na prefeitura, pra todos os conselheiros e ganhamos certificado.” (CS 3)

“Recebemos, no ano passado uma capacitação, só que ela foi organizada pela secretaria de saúde, foi muito boa, pois a gente não sabia direito qual a nossa função e depois da capacitação nós ficamos sabendo.” (CS 10).

Diante do exposto, podemos observar que as estratégias de capacitação com conselheiros de saúde envolvem ações centralizadas, aonde o próprio conselho, de forma isolada, procura instituições, dentre estas as universidades, para

buscarem processos de formação, não existindo assim, na região estudada, capacitações em escala regional.

Esta realidade não é apenas sentida na região pesquisada. Em todo o país, os conselhos estão procurando as universidades para buscarem processos de capacitação, com vistas a uma melhor qualificação. (VERDI e LIZ, 2008) destacam que no município de Florianópolis, o conselho municipal de saúde contou com o apoio da Universidade Federal de Santa Catarina para o desenvolvimento, no ano de 2005, de uma capacitação, fato semelhante também é relatado por SATO et al, (2004) e Cotta (2010). De acordo com Gerschman (2004, p. 04,) "... os cursos de capacitação de conselheiros que estão sendo desenvolvidos em convênio entre instituições de ensino e pesquisa de vários estados visam a resolver aspectos voltados a capacitação técnica dos conselheiros".

A universidade deve exercer um papel, junto às comunidades, de caráter político e social, possibilitando a formulação de ideias e processos geradores de desenvolvimento. (SILVA, 2011). Para Brasil (2002), os conselhos de saúde devem buscar apoio, junto às universidades e demais instituições de ensino, para o desenvolvimento de capacitações para seus membros.

Não podemos dizer que são equivocadas as estratégias de capacitação, voltadas a conselheiros de saúde, que são realizadas com o auxílio das universidades. O que queremos expor é a necessidade destas capacitações deixarem de ser fragmentadas, para a formação de estratégias de cunho globalizado, para que todos os conselhos municipais de saúde, e posteriormente seus conselheiros, possam ser atingidos por estas formações, pois, o que se observa são atitudes isoladas, que não propiciam a qualificação dos conselhos de uma forma geral.

Aqui é importante lembrar que "é competência do Estado, nas três esferas do governo, oferecer as condições necessárias para que o processo de capacitação ocorra, propiciando infraestrutura adequada, não apenas para o pleno funcionamento dos conselhos, mas também para a capacitação de conselheiros". (BRASIL, 2002, p. 13).

Observa-se que há a necessidade de propiciarmos, periodicamente e em escala regional, o desenvolvendo de processos de capacitações junto aos conselheiros municipais de saúde, para que os mesmos venham a desenvolver suas

atribuições da melhor forma. Contudo, tais capacitações precisam favorecer processos emancipatórios de ação dentro dos conselhos de saúde.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de capacitações com conselheiros municipais de saúde, em uma expectativa emancipatória, devem ser construídas sob o viés de que a transmissão de conhecimentos que elas irão propiciar irá abranger a fixação de uma perspectiva ética e política que oriente o conselheiro na sua função pública. Pressupomos que essa orientação ética valorize a democracia e a cidadania como fundamentos de seu trabalho e do seu papel de gestor público. (LUIZ, 2009)

No entanto, ao falarmos da necessidade de capacitações, cabe lembrar que, conforme Gramsci (1991) é primordial que se leve em conta o contexto político, econômico e cultural no qual os sujeitos capacitados estão inseridos e conhecimento cotidiano dos mesmos. Isso ocorre, diante do fato de que um trabalho emancipatório parte da realidade dos segmentos com os quais trabalha e não com realidades distantes das suas vivências.

Cabe destacar que as capacitações com conselheiros de saúde são fundamentais e devem ser descentralizadas, no intuito de serem respeitadas as especificidades e condições locais para que possa se ter maior efetividade. (BRASIL, 2002). Assim, as capacitações devem ser elaboradas de forma descentralizada, no sentido de serem discutidos os casos da própria comunidade, o que não impede que todos os conselhos possam ser capacitados, contudo, o que se observa que há a necessidade do conteúdo ser voltado para o ambiente local.

Outro evento que merece destaque, no momento em que estamos falando a respeito da capacitação de conselheiros de saúde com vistas à emancipação, é o fato da necessidade de não criarmos uma regulação social em meio a este processo. (SANTOS, 2001). Pois, de acordo com Luiz (2009), a relação estabelecida entre as partes envolvidas, junto ao processo de capacitação, deve ser balizada por uma construção coletiva do saber, num caráter contínuo e permanente, pois o que se busca, junto a este processo, não é apenas transmitir conhecimentos, mas reconstruir os saberes a partir do real, do seu viver histórico.

Dessa forma, precisamos ter em mente que as diferenças irão permear estes processos de capacitação, pois cada sujeito tem suas vivências e experiências, as quais não podem ser simplesmente desprezadas. Para Santos (2007), a emancipação permeia a luta pela igualdade, a qual também abrange a luta

pelo reconhecimento da diferença, porque o importante não é a homogeneização, mas as diferenças iguais.

Para tanto, as capacitações com conselheiros de saúde não devem, apenas, abranger a construção de conhecimentos técnicos vinculados à prática do exercício do controle social, precisam, também propiciar a formação de um pensamento social, aonde estes tenham a capacidade de olharem para suas comunidades e intervirem sobre elas.

A capacitação não deve se limitar a desenvolver as habilidades técnicas de uma ação, mas avança na perspectiva de formação do pensamento social e político para contribuir no empreendimento de uma nova cultura política, para alargar o pensável. Fazer escolhas bem mais fundamentadas, ultrapassar os limites e estar apto para intervir de modo ativo. (NOGUEIRA, 2004).

Para tanto, as capacitações com os conselheiros municipais de saúde devem habilitá-los a intervirem, de forma positiva, nas comunidades a que eles representam. Lembrando que as capacitações devem ser preparadas na perspectiva das diferenças existente entre os sujeitos envolvidos, não podem ser algo homogêneo e estanque.

Além disso, é necessário ocorrer à criação, em esfera regional, de mecanismos de capacitações voltados aos conselhos municipais de saúde. Com processos de capacitações em escala regional, será possível contribuir para com a emancipação dos conselhos de forma mais ampla, propiciando que melhorias na qualidade de vida e saúde de todas as populações envolvidas sejam sentidas.

4.5 O conselho municipal de saúde como um espaço de e luta da população

O embate entre a sociedade civil, ou setores desta, e o Estado no interior dos conselhos é um indicador importante de que, ancorados em um estatuto legal, os mesmos podem, não apenas provocar importantes ruídos tendo em vista questionar os mecanismos de poder tradicionais, como alterar condições e realidades sociais. (LUCHMANN, 2002).

Assim, a participação da sociedade civil junto aos conselhos municipais de saúde é fundamental para o pleno exercício do controle social. Os conselheiros de saúde, dos municípios estudados, ao serem questionados acerca de se existem

espaços aonde a comunidade em geral e os próprios conselheiros utilizam para reivindicar e lutar por melhores condições de saúde e vida da população, todos referiram ser o conselho este local.

“Existem sim espaços onde a comunidade pode reivindicar que é no próprio conselho municipal e nos locais”. (CS 2).

“Tem, o conselho sempre foi aberto, sempre foi convidado toda a população, avisado das reuniões e a gente passa pra população, conversa...”. (CS 6).

O único espaço de discussão é o próprio conselho. Dentro do conselho a gente consegue discutir essas questões...”. (CS 4).

‘Existe este espaço aqui nós temos o espaço no conselho. O conselheiro tem abertura, no conselho municipal de reivindicar as questões presentes nas comunidades. Quando são trazidas questões o conselho levanta as informações, investiga e luta para que ocorram mudanças’. (CS 3).

Em estudo de Duarte (2012), foram constatados fatos semelhantes aos verificados em nossa pesquisa, onde maior parte dos conselheiros estudados relatam ser o conselhos um local aonde, os conselheiros e comunidade, discutem questões pertinentes à saúde de toda a população.

Corroboram com esta opinião, os achamos de Gerchman (2004), o qual considera os conselhos municipais de saúde como mecanismos de controle social que propiciam os processos de democratização do país. O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribuiria, assim, para o alargamento da esfera pública. Neste sentido, a viabilidade do controle social seria condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação nos conselhos.

Diante disso, se não ocorrerem discussões em torno do alcance de metas pela busca por melhores condições de vida e saúde da população nos conselhos de saúde, estes não terão razões para existir. Para Silva (2011), os conselhos foram criados no intuito de fazerem com que fosse garantida a criação de espaços institucionalizados, concretizando a descentralização do poder, deliberação e a participação comunitária.

A participação, da comunidade em geral e dos conselheiros, junto aos conselhos municipais de saúde, é garantida legalmente. Em atendimento ao preceito da participação comunitária, que compreende uma das diretrizes do SUS, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e no seu art. 1º, que o SUS constará com duas instâncias colegiadas: a conferência de saúde e o conselho de saúde, ambas com a

finalidade de proporcionar a participação popular de diferentes entidades na administração do SUS. (JULIO; RIBEIRO, 2011).

Com a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, a saúde foi o primeiro setor a experimentar uma regulação formada a partir da participação da coletividade na sua estrutura, com o conselho nacional de saúde, os conselhos estaduais em todos os estados brasileiros e os conselhos municipais de saúde na maioria dos 5.564 municípios brasileiros. (SILVA et al, 2007).

A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os conselhos de saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde. (BRASIL b, 2003, p. 02).

Os conselhos de saúde constituem-se como instâncias destinadas à participação popular, ou seja, além de seus membros, os conselheiros, a população em geral tem direito a participar das reuniões do conselho. Isso é garantido mediante a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90, a qual estabelece que os conselhos de saúde devam atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Isso nada mais é do que exercer o controle social. Assim, a população dos estados e dos municípios, por meio do conselho de saúde, ajuda a planejar a política de saúde e fiscaliza como o governo cuida da saúde e, também, verifica se as leis relacionadas ao SUS estão sendo cumpridas. (BRASIL, 1990).

No entanto, apesar dos conselheiros reconhecerem os conselhos de saúde como locais que a população, e eles próprios têm para reivindicar pelas questões que envolvem a saúde, estes mesmos apontam que a comunidade em geral, não utiliza este espaço.

*“O espaço seria o conselho, mas nem todo mundo chega...”. (CS 12).
“...A reunião do conselho é aberta a sociedade mas as pessoas não vem. Onde estão as prioridades das pessoas que compõem o nosso país.” (CS 7).
“Pode vir, mas acaba não vindo a população até o conselho...”. (CS 5)*

Isso é comprovado no momento em que a comunidade em geral é questionada a respeito de qual seria o local que ela própria utiliza para reivindicar e lutar por melhores condições de saúde e vida da população, os quais não assinalaram ser os conselhos de saúde este local. A comunidade em geral dos municípios estudados, referenciaram 100% secretaria municipal de saúde e as unidades de saúde como espaço de reivindicação.

*“Tem, a gente vem na assistência, na secretaria de saúde.” (CG 1).
“Sim, tem. Seria a administração e a parte do secretário...” (CG 5).
“Sim, nos postos de saúde, na prefeitura. Pelo que eu sei são nestes dois locais, postos de saúde e principalmente na prefeitura.” (CG 9).*

Podemos observar que a população, de uma forma geral, não vê o conselho como um local aonde possam utilizar para lutarem e reivindicarem por melhores condições de vida e saúde para a comunidade. Isto mostra que a participação de todos junto aos conselhos de saúde, enquanto ferramenta de luta, não está sendo exercitada pela população, abrindo mão de um direito fundamental que lhe é garantido por lei.

Grisotti (et AL, 2010) destacam que é precária a participação da população junto aos conselhos de saúde. Fato semelhante é apontado por Kronemberger (2010) e Souza et al. (2013) em seus estudos, chamam atenção que a baixa participação popular junto aos conselhos municipais de saúde é uma realidade.

Para Labra (2006. p. 210,):

O desconhecimento dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade do conselho de saúde se traduz em uma adesão escassa ou inexistente da comunidade e, portanto, em baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários.

Legalmente a população alcançou um importante direito, que é de participar junto à gestão, das decisões no que compete ao segmento da saúde. Entretanto, não utilizam este direito, isso é, não usufruem dos espaços destinados a participação popular, e em consequência, do exercício do controle social, que são os conselhos de saúde.

Apesar do direito de participação e controle social estar garantido pela legislação vigente, o processo para a construção desses direitos caracteriza-se por vários desafios na consolidação do direito à saúde. O aumento do número de espaços formais para essas atividades não garante a qualidade dessa participação. (MACEDO; PALHA, 2005). Por isso, sem a participação popular, os conselhos municipais de saúde não cumprem sua principal finalidade, que é de formular e fiscalizar acerca das políticas públicas. Só se formula e fiscaliza se conhece, profundamente, a realidade de uma população. Para (JORGE, 2012), este descrédito por parte da população em geral ocorre diante do fato de que o conselho é, muitas vezes, somente visto como consultivo e informativo e não deliberativo.

Para Kleba (et al, 2010), a ação deliberativa dos conselhos tem sido vista como a principal atribuição dos conselhos, contudo nem sempre isso vem

ocorrendo. Dessa forma, passa a ser visto como um espaço não efetivo na tomada de decisões, fato que também é compartilhado por Silva (2011), ao observar que no momento em que os conselhos de saúde deixam de exercerem seu papel deliberativo, isso acarreta em prejuízos para seu funcionamento, diante do fato de serem pouco eficientes em suas ações.

As falas dos pesquisados revelam que, ao invés de procurarem o conselho, a população, em sua grande maioria, procuram a secretaria municipal de saúde. (KRONENBERGER, 2010, p. 14):

acredita que isso ocorra devido ao fato de que o funcionamento destas instâncias está muito atrelado à secretaria municipal de saúde. Tal questionamento está diretamente relacionado com a democratização do poder do Estado em direção a sociedade civil.

Este descrédito, no que se refere aos conselhos de saúde enquanto espaços de exercício do controle social e pode ser percebido no momento em que, conselheiros de saúde e comunidade em geral, foram questionados a respeito do fato de se o conselho municipal de saúde, realmente, consegue propor ações efetivas, no que tange a melhoria na qualidade de vida e saúde da população em geral, aonde parte dos sujeitos estudados diz que esta finalidade não é alcançada com êxito.

*“Hoje não, hoje eu sou franca em dizer, hoje a gente não tem nenhuma ação...” (CS 4).
 “Ainda não, tá difícil de fazer com que a maioria dos conselheiros, e aí a gente se sente meio sozinha, entendam da real necessidade de que eles assumam...”(CS 7).
 “Eu acho que não, eu acho que eles procuram o conselho quando eles precisam de aprovação, então é um recuso.” (CG 2).
 “Acho que não.” (CG 3).*

A falta de efetividade das ações dos conselhos municipais de saúde no que se refere ao fato de proporem ações que sejam eficientes, no que tange ao desenvolvimento de estratégias que venham ao encontro de melhores condições de vida para a população, não é apenas verificada em nosso estudo. Na pesquisa de Machado (2012), se observou que há deficiências na dinâmica de funcionamento dos conselhos, os quais não propõem estratégias que são refletidas em ações concretas junto à sociedade. Para Coelho (2007), a atuação dos conselhos municipais de saúde ainda, em sua grande maioria, não possibilitam que mudanças significativas, na vida da população, sejam efetivadas.

Fato semelhante é encontrado no estudo de Gerschman (2004), desenvolvido com conselhos municipais de saúde dos cinco municípios com maior desenvolvimento do estado do Rio de Janeiro. Na pesquisa, o autor conclui que os conselhos municipais de saúde não deliberam questões que, realmente, surtam impacto decisivo junto à população de uma forma geral. Isso também é referido em nosso estudo: *“Dentro do conselho a gente consegue discutir essas questões, mas efetivar já é outro caminho.”* (CS 10).

Para Cristo (2012), em estudo desenvolvido com conselhos municipais de saúde do estado do Pará, os mesmos não conseguiram ainda cumprir a função de participar na formulação de estratégias da política de saúde. Assim, ainda é um desafio fazer com que os conselhos venham a cumprir seu verdadeiro papel dentro da comunidade. Grisotti, et al. (2010), em estudo com conselheiros, relata o caráter puramente formal e instrumental dos conselhos de saúde, diante do fato de não existirem acompanhamentos e continuidade das ações deliberadas por eles.

A ineficiência, por parte dos conselhos, em propor ações que atinjam a população, ocorre em decorrência de inúmeros quesitos. Para Silva (2012), a falta de eficiência e resolutividade dos conselhos municipais de saúde são reflexos da falta de participação popular e da pouca importância que é dada pelos gestores municipais. Já em estudo de Jorge e Ventura (2012), destaca a falta de efetividade das ações dos conselhos municipais de saúde estão, em grande parte, relacionada com a carência de interesse da gestão municipal, a qual não implementa as ações que são propostas pelo conselho.

Para Silva (2011, p.15):

os dados analisados, em seu estudo, apontam para o desrespeito do executivo municipal às deliberações do conselho, devido a não implementação de muitas propostas decididas no conselho, principalmente se considerarmos as respostas dos membros do segmento usuários.

Já, em nosso estudo, os sujeitos relatam que a falta de eficiência do conselho municipal de saúde em propor ações que sejam efetivas junto à melhoria da qualidade de vida e saúde da população está, em grande parte relacionada à falta de capacitação dos conselheiros e a falta de participação popular, tanto da sociedade em geral, quanto dos próprios conselheiros.

“Acho que tem muita falta de informação por parte dos conselheiros.” (CG 8)
“A falta de integração da comunidade com o conselho é um problema muito sério... sem ela nós não conseguimos propor ações de impacto...”. (CS 4)

“Falta consciência por parte do gestor, ele precisa entender que as ações que o conselho define são importantes e devem ser colocadas em prática dentro do município...”(CS5)

Diante dos relatos dos conselheiros e comunidade em geral, são inúmeros os motivos que levam os conselhos a não proporem ações efetivas junto ao setor da saúde, mas em nosso estudo, as principais causas estão relacionadas à falta de qualificação, pouca participação popular e desinteresse da gestão pelas ações do conselho. Estes entraves fazem com que, em alguns dos conselhos municipais de saúde estudados, tanto a comunidade em geral, quanto os próprios conselheiros, observam a falta de efetividade do conselho em propor ações de impacto junto à sociedade.

Entretanto, se alguns relatam que seus conselhos se mostram ineficientes no desenvolvimento de ações que culminem em benefícios para a sociedade, por outro lado, alguns nos argumentam que em seus conselhos municipais de saúde são discutidas questões que se refletem em melhorias, contundentes, às comunidades.

“Não só consegue como faz acontecer.” (CS 1).

“Consegue, consegue através dos representantes, através dos presidentes, conselheiros, consegue mexer com a comunidade sim.” (CS 3).

“Sim, com certeza. Através de ações para a melhoria da saúde.” (CG 4).

“Sim, acredito que contribui sim, existem algumas ações que a população realmente consegue evidenciar.” (CG 9).

A partir dessas falas é oportuno considerar que os conselhos municipais de saúde:

“se constituem em espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção às utopias que, há três décadas, marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena”. (LABRA, 2006, p. 218).

Percebe-se que a legitimidade dos conselhos municipais de saúde passa pela realização de ações que possam surtir em efeitos positivos junto à comunidade. Só dessa forma, os conselhos poderão cumprir o papel que a eles é designado, que é a deliberação de ações que possibilitem a melhoria da qualidade de vida e saúde da população que representa.

Nos municípios aonde nos foi relatado que os conselhos conseguem propor ações eficazes junto à comunidade, há indícios que isso só foi possível pela expressiva participação popular. Em locais aonde a participação popular é efetiva,

os conselhos de saúde conseguem trabalhar melhor e propor ações de impacto na área da saúde, pois a população está presente no conselho, levando suas reivindicações e fazendo as cobranças devidas.

Entretanto, o que se observa é que esta finalidade não é alcançada em todos os conselhos estudados. O que se pode notar é que em alguns municípios os conselhos têm uma maior visibilidade e atuação junto à população, por outro lado, em alguns municípios os conselhos municipais de saúde ainda precisam trilhar um caminho na busca por maior visibilidade e atuação junto ao município como um todo.

Todavia, esta realidade é vivenciada em todo o país, enquanto em alguns municípios os conselhos municipais de saúde são extremamente atuantes, outros permanecem encobertos. Dessa forma, podemos compreender que a população em geral ainda não vê o conselho municipal de saúde como um espaço aonde eles possam reivindicar e lutar por melhores condições de vida e saúde da população como um todo. Isso reflete a ausência de estratégias educativas emancipatórias juntos a estes sujeitos.

De acordo com Machado (2008), as estratégias educativas emancipatórias buscam o protagonismo social, ou seja, o desenvolvimento do pensamento crítico e a conscientização do povo como protagonista de sua história e como autor de sua inclusão. Para isso, a população precisa reconhecer o espaço do conselho como um local destinado ao exercício do controle social, onde a participação possa ser efetiva e aonde, a comunidade participe e reivindique acerca das questões relacionadas à saúde da população.

Para isso, precisamos trilhar o caminho em busca de estruturação dos conselhos de saúde no sentido de fazer com que a população enxergue como um espaço de verdadeiro exercício do controle social. Aonde as questões de saúde sejam, eficientemente, discutidas e a população possa se achegar para fazer suas reivindicações.

Para tornarmos os conselhos municipais de saúde locais permeados por estratégias emancipatórias, é necessário, em primeiro lugar, fazer destes locais, ambientes propícios para a reflexão e discussão a respeito das questões de saúde de toda a comunidade. Sabemos que este deveria ser o papel principal, dos conselhos, mas não se vê isso em nosso cotidiano.

Para Streck e Adams (2006, p. 102):

É nessa linha que podemos afirmar a (re)construção do espaço público democrático com caráter emancipatório, em vista do primado da comunidade e da solidariedade e da autonomia da sociedade civil dos controles do estado e das imposições econômicas do mercado. Por isso, a esfera pública é a instância geradora de decisões coletivas, afirmando a democracia na institucionalização de consensos construídos em relação aos diferentes interesses.

Quando abordamos acerca da necessidade de construirmos conselhos municipais de saúde que utilizem estratégias educativas emancipatórias em seu dia-a-dia, ou que sejam emancipados, é preciso ter convicção que isso só será alcançado, se dentro destes espaços soubermos dialogar. Para Faria:

é aí que desenvolvemos uma perspectiva coletiva que visa melhorar a vida humana ao reformar o meio social no qual esta se insere, realizando verdadeira justiça social. Justiça social que deve ser concretizada atendendo à equivalência entre os princípios da igualdade e da diferença. (FARIA, 2011, p.17)

Os conselhos municipais de saúde, para alcançarem a emancipação, devem atuar na perspectiva da educação pela participação. Contudo isso não é só dever dos conselhos, mas do Estado e a sociedade como um todo.

Ao abordarmos acerca da questão referente à educação para a participação, é necessário refletirmos que, de acordo com Motta (2003), a participação não implica que todas as pessoas, ou grupos presentes na sociedade, opinem sobre todas as matérias. Mas, sugere, necessariamente, a existência de mecanismos de influência sobre o poder. Para participar é necessário algum conhecimento e certas habilidades políticas, pois, de acordo com Gadotti (2013), a participação, para ser qualificada, precisa ser precedida pelo entendimento.

A participação popular configura-se como um instrumento de explicitação das necessidades da população. Por meio da união dos seres inseridos dentro de uma realidade cultural peculiar, portadoras de características não generalizáveis, a força popular ganha ênfase e se sobressai. É por meio da participação popular que temos acesso às características culturais das diversas unidades de cuidado e podemos conhecer a cultura de um indivíduo, de uma família, de uma comunidade, delineando estratégias para alcançar nossos objetivos como educadores. (SOUSA et al., 2008).

Nessa perspectiva, precisamos preparar nossa sociedade para a participação, exercitando o diálogo, daí a necessidade em falarmos a respeito da educação pela participação. É primordial assegurar que haja, em todos os setores da sociedade, estratégias de educação participativa voltada para a construção de

uma comunidade verdadeiramente igualitária, não apenas em termos econômicos, mas em termos de distribuição do poder. (MOTTA, 2003).

O processo participativo em vista da construção de uma sociedade menos desigual não é algo natural e por isso mesmo precisa ser provocado, induzido, o que requer a educação da participação.

Educar a participação é fator determinante para a eficácia da ação. Este é o sentido político do processo. Entende-se que o conhecimento, habilidades, recursos e proximidade do poder são dimensões que contribuem para a produção e reprodução de capital político. Acredita-se que este capital político descentralizado possibilita uma maior vigilância em relação aos riscos de manipulação pelos agentes públicos, qualificando as pessoas para influenciar nas decisões políticas. (WEYH, 2005, p. 164).

Assim, para que a educação venha a propiciar e participação, esta educação precisa, alicerçar, como uma de suas tarefas, a promoção do convite às pessoas para que elas venham a acreditar em si próprias. A abordagem educacional deve encorajar as pessoas a questionar os problemas do dia-a-dia, para que se tornarem capazes de realizar ações e percebam a transformação, com vistas à valorização de suas próprias experiências. (KRUSCHEWSKY et al., 2008).

Para Freire (2005), a educação cria possibilidades de transformação social e política da sociedade uma vez que instiga o homem a se aderir em ações para a transformação do mundo.

O que se quer “é provocar e criar meios para que o homem possa desenvolver uma atitude de reflexão crítica, comprometida com a ação”. (RABELO; FRANSCHISCHETTO, 2008, p.87). Nessa perspectiva é que deveriam funcionar os conselhos municipais de saúde, trabalhando mediante a ação e reflexão sobre as realidades observadas junto às comunidades, aonde nesta ação e reflexão não estivessem apenas envolvidos os conselheiros de saúde, mas a comunidade em geral.

Freire (2005, p.69) considera que a educação desperta o desejo de participação a partir dos seguintes requisitos básicos:

O primeiro considera que todos que dela participam são sujeitos, educadores e educandos, o segundo se refere aos conteúdos que educadores e educandos trocam entre si, o terceiro diz respeito aos objetivos que orientam as relações na prática educativa e que, por existirem, sejam imediatos ou mediatos, imprimem intenções, diretividade, evidenciando a não neutralidade e o quarto destaca o instrumental metodológico que deve ser coerente “com os objetivos, com a opção política, com a utopia, com o sonho.

Assim, para que seja promovida a educação para a participação temos que envolver a sociedade como um todo, pois conforme o próprio (FREIRE, 1995) diz, não é possível pensar pelo povo, para o povo ou sem o povo, é primordial que se processem a estruturação de redes de ação-reflexão-ação. Somente desta maneira a autonomia, os sentimentos positivos, as estratégias, os conhecimentos e os valores das pessoas se concretizarão no cotidiano das estruturas sociais.

A educação para a participação perpassa por estratégias grupais, aonde possamos refletir a respeito das realidades sociais e, conseqüentemente, chegarmos até a conscientização sobre o papel social de cada um. No momento em que educamos no sentido de promovermos uma reflexão acerca do papel social que cada um tem dentro das sociedades, cada um será capaz de ver a importância que a participação exerce dentro de uma comunidade, de um município, de um estado e de um país como um todo. A participação possibilita que os reais problemas de uma sociedade sejam discutidos e, a partir disso, venham a ser solucionados.

Nesse sentido, a educação é ferramenta central para o processo de controle social e participação popular, pois é por meio dela que mostramos para a população a importância que a comunidade tem juntamente com movimentos populares e às instâncias de controle social, os quais são locais destinados ao diálogo, a cooperação e a reivindicação por mudanças que beneficiem a sociedade como um todo. Este é o caráter transformador do processo educativo. Daí a necessidade da educação para a participação

5 CONCLUSÃO

Ao iniciarmos, em 2012, este estudo, não imaginávamos o quanto o mesmo poderia vir a traduzir a atuação dos conselhos municipais de saúde e as estratégias educativas emancipatórias que são desenvolvidas pelo e com os conselheiros de saúde. Por isso, procuramos evidenciar a existência ou não estratégias educativas emancipatórias em meio à atuação junto aos conselhos de saúde, aonde buscamos situar a atuação tanto dos conselheiros, quanto da comunidade em geral em meio ao processo de exercício do controle social.

Um ponto importante deste processo abarcou nosso problema de pergunta, a pergunta orientadora, que foi formulada da seguinte forma: quais as estratégias educativas formativas de caráter emancipatórios que são desenvolvidas pelos e com os conselheiros de saúde com o objetivo de qualificar a sua atuação? Agora, ao final deste estudo, entendemos que a mesma foi respondida, pois após intenso estudo bibliográfico mediante o qual buscamos situar e conceituar a educação emancipatória e o controle social e a realização da pesquisa de campo, que foi desenvolvida junto aos conselhos municipais de saúde dos três municípios de maior IDESE de abrangência da 19ª CRS, aonde conseguimos identificar se existiam tais estratégias educativas emancipatórias.

Para melhor visualizar os dados, foram criadas categorias que orientaram a análise de resultados, quais foram: da organização das reuniões do conselho municipal de saúde; da concepção da comunidade sobre o conselho municipal de saúde à visão dos conselheiros e da própria comunidade; da forma de escolha dos conselheiros e a interferência sob as ações do conselho municipal de saúde; da qualificação dos conselheiros de saúde; e o conselho municipal de saúde como um espaço de luta da população.

Com relação à categoria “da organização das reuniões do conselho municipal de saúde”, investigamos de que forma ocorriam estas reuniões, para tanto, foram observados dois quesitos, a periodicidade e a elaboração das pautas que regem estes momentos. No que se referiu ao arranjo das reuniões, de forma unânime, as mesmas ocorrem mensalmente, conforme é previsto legalmente, o que

constitui algo favorável para o alcance da emancipação destes espaços, pois estas ocasiões são destinadas a ampla discussão e participação popular.

Já, no que tange a elaboração das pautas, observamos, mediante os relatos, que as mesmas são estabelecidas por uma minoria, em grande parte pelo(a) presidente do conselho e secretário(a) municipal de saúde. A pauta das reuniões compreende um instrumento que rege o andamento de todas as discussões do conselho, assim, deve ser elaborado por todos os conselheiros e comunidade para que realmente sejam discutidos os interesses da população como um todo. No momento em que nem mesmo os conselheiros de saúde participam, ativamente, de sua elaboração, podemos identificar que os interesses da população podem ser distorcidos pela falha na participação popular neste quesito.

Para mudarmos este cenário, aonde estratégias educativas emancipatórias permeiem a criação das pautas das reuniões é necessário que se estabeleça, junto aos conselhos municipais de saúde estudados, uma comunicação democrática. A partir da constituição de uma comunicação democrática, nestas instâncias, os conselheiros terão a consciência da importância de sua participação no estabelecimento dos itens que embarcam as pautas, e mais, irão estimular e criar estratégias para que a comunidade em geral venha a participar deste processo.

Quando abordamos acerca “da concepção da comunidade sobre o conselho municipal de saúde à visão dos conselheiros e da própria comunidade” buscamos identificar, de um lado, como os conselheiros de saúde veem que a comunidade em geral visualiza o conselho municipal de saúde e, por outro, a comunidade em geral, como ela própria idealiza o conselho. No que se refere aos conselheiros de saúde, como os mesmos acreditam que a comunidade visualiza o conselho, identificamos dados contraditórios. Alguns argumentaram que acreditam que a comunidade enxerga o conselho de forma positiva, como um local aonde são discutidas questões referentes à saúde de todos, entretanto, alguns acreditam que a maioria da população nem sequer conhece o conselho e quais atividades são desenvolvidas por ele.

A comunidade, por sua vez, ao ser interpelada, relata saber da existência do conselho, o que é algo benéfico, em se pensando que muitos estudos nos trouxeram que a grande maioria da população nem sequer sabe da existência dos conselhos, contudo os mesmos relatam não conhecerem suas atribuições.

Nesse sentido, quando nos deparamos com relatos, por parte da comunidade em geral, a qual diz saber da existência do conselho de saúde, mas não dispor de conhecimentos com relação às suas imputações e de outro lado, com conselheiros de saúde divididos, alguns acreditando que a comunidade em geral vê o conselho como um local de participação e exercício do controle social e outros acreditando que a comunidade não visualiza suas ações, isso nos remete a pensar que precisamos trilhar um longo caminho no que se refere ao reconhecimento destes espaços pela população. Se dispusermos de uma comunidade que não reconhece as atuações do conselho, ele próprio tem seu viés de culpa, pois é seu dever se fazer visualizar junto à população.

Uma forma de modificar este cenário, aonde a comunidade em geral não reconhece as atribuições das instâncias de exercício do controle social, seria a criação de canais de sensibilização da população, aonde iriam atuar em processos educativos de divulgação dos conselhos municipais de saúde. Neste intuito, em 2007, o Ministério da Saúde criou a Política de Educação Permanente para o Controle Social, a qual estabelece a criação de comissões de comunicação, as quais atuariam na divulgação e conscientização para o controle social. Assim, é necessário atuar com processos educativos, junto à população, na perspectiva de fazer com que a comunidade em geral venha a reconhecer os conselhos como locais de participação popular.

No que se refere à “forma de escolha dos conselheiros e a interferência sob as ações do conselho municipal de saúde”, também tivemos opiniões contraditórias. Por um lado, alguns sujeitos argumentaram que a forma de escolha dos conselheiros não interferia nas ações dos conselhos, enquanto alguns nos trouxeram existir esta interferência.

Para determinados sujeitos, a escolha dos conselheiros exerce interferência no conselho municipal de saúde em decorrência de três quesitos, um deles é que são, muitas vezes, escolhidos membros sem os conhecimentos necessários, outro fator diz respeito a forte ligação com a gestão municipal, ou seja, são escolhidos conselheiros com interesses políticos partidários e ainda, outro evento relatado, seria o fato de alguns não serem engajados e comprometidos com a causa do controle social. É importante frisar que, em meio a estes espaços, existem muitos conselheiros devidamente instrumentalizados, idôneos e comprometidos com a causa do controle social.

Entretanto, os relatos despertam para novas perguntas: como teremos, somente, conselheiros instruídos para o controle social e preparados para o exercício legítimo do mesmo se não temos uma sociedade organizada para colocar em prática o controle social? Por isso, para alçarmos a emancipação dos conselhos de saúde, no que se refere a escolha de seus conselheiros, se faz primordial organizarmos a sociedade para o exercício do controle social. No momento em que tivermos toda a sociedade, articulada e preparada para exercer o controle social, desta mesma sociedade sairão os conselheiros de saúde preparados para representarem, de forma idônea os interesses de toda uma comunidade.

Outra categoria que compôs nosso trabalho foi “da qualificação dos conselheiros de saúde”, a qual, de forma unânime, nos trouxe que, conselheiros de saúde e comunidade em geral, acreditam que existe sim, a necessidade, de qualificação dos conselheiros de saúde para uma melhor atuação. Alguns dos conselheiros nos relataram nunca terem recebido qualificação para atuarem enquanto membros dos conselhos de saúde, enquanto outros nos argumentaram terem recebido.

Nos conselhos aonde nos foram relatados que seus membros haviam recebido capacitações recentemente, foi possível constatar que as mesmas foram organizadas de forma desarticulada, ou seja, foram desenvolvidas para alguns conselhos, não para todos em escala regional. Além disso, observamos que estas capacitações constituíram-se, em sua grande maioria, em parceria com universidades.

Estas iniciativas, de alguns conselhos municipais de saúde, de buscarem a qualificação de seus integrantes compreende algo benéfico e demonstra uma estratégia educativa emancipatória, contudo, acreditamos que estas capacitações deveriam abarcar os conselhos de forma regional, para que todos os conselheiros pudessem ser devidamente instrumentalizados para exercerem suas funções. Faz-se importante frisar que tais capacitações precisam favorecer processos emancipatórios de ação dentro dos conselhos de saúde.

Com relação à categoria “o conselho municipal de saúde como um espaço de e luta da população”, os conselheiros de saúde foram questionados a respeito de que espaços, eles e a comunidade em geral, utilizam para reivindicar e lutar por melhores condições de saúde, sendo que os mesmos argumentaram serem os conselhos municipais de saúde estes locais. Entretanto, apesar dos conselheiros

argumentarem que a população poderia usufruir deste espaço, o que se observou, a partir dos relatos dos mesmos, é que a comunidade em geral não o utiliza.

Além disso, no momento em que a comunidade em geral foi questionada acerca de qual seria o local que ela própria utiliza para reivindicar e lutar por melhores condições de saúde e vida da população, a mesma relatou procurar a secretaria municipal de saúde e as unidades de saúde, não o conselho. Acredita-se que esta falta de credibilidade, por parte da população, para com os conselhos de saúde, se deva ao fato de que, em muitos municípios, eles perderam seu aspecto deliberativo, o que abarcou em um descrédito dos mesmos.

Este descrédito também foi percebido no momento em que conselheiros de saúde e comunidade em geral, foram interpelados a respeito do fato de se o conselho municipal de saúde, verdadeiramente, consegue propor ações efetivas, no que se refere à melhoria na qualidade de vida e saúde da população em geral, aonde parte dos sujeitos estudados diz que esta finalidade não é alcançada com êxito, ou seja, estes espaços de exercício do controle social ainda tem muita dificuldade em propor estratégias de impacto dentro de uma sociedade. Contudo, é importante frisar que, esta não é uma realidade de todos os municípios estudados, em alguns, nos foi relatado que os conselhos conseguem, sim, sugerir e implantar ações de grande relevância social e política, o que nos leva a crer que nestes locais, a emancipação destes espaços vem sendo alcançada.

Para tanto, podemos observar, dentro desta última categoria que, legalmente, a sociedade, como um todo, conseguiu instituir espaços de exercício do controle social que são os conselhos municipais de saúde, no entanto, não o utiliza da devida forma, o que acaba por comprometer a efetividade destas instâncias, as quais, em alguns locais, acabam não conseguindo, pela ausência de uma participação popular efetiva, apontar e abarcar com estratégias de impacto nas comunidades. Para que este cenário possa ser modificado, aonde possamos ter uma participação popular efetiva junto aos conselhos de saúde e, a partir disso, alcançarmos a emancipação dos mesmos, faz-se necessário atuarmos na perspectiva da educação para a participação.

Para operarmos com a educação para a participação é necessário o envolvimento, não só do conselho, mas da sociedade como um todo, pois se faz primordial o desenvolvimento de atividades grupais onde serão discutidas as desigualdades e o papel social de cada um dentro da sociedade, pois acreditamos

que a educação é ferramenta central para o processo de controle social e participação popular.

Para tanto, diante do estudo desenvolvido, podemos observar que, de fato, para alcançarmos o controle social efetivo dentro dos conselhos municipais de saúde, a educação emancipatória se faz necessária. É por meio do desenvolvimento da educação emancipatória, que leva ao desenvolvimento de sujeitos emancipados, que tanto conselheiros de saúde, quanto comunidade em geral poderá usufruir de estratégias que levem a uma maior efetividade dos conselhos.

No estudo desenvolvido com os conselhos de saúde dos municípios que tinham o maior IDESE dentre os da área de abrangência da 19ª CRS, ressalta-se que ainda precisamos trilhar um longo caminho, no que se refere ao desenvolvimento e utilização de estratégias educativas emancipatórias dentro dos conselhos, pois se observa que poucas são as estratégias utilizadas o que vem contribuindo para com a pouca inter-relação entre conselho, comunidade em geral e conselheiros.

Diante de poucas estratégias educativas emancipatórias que são desenvolvidas pelo e com os conselheiros de saúde, aprende-se que: os conselhos municipais de saúde, em sua grande maioria, não estão conseguindo desempenhar seus papéis enquanto instância de formulação e fiscalização de políticas públicas dentro de seus municípios, pois a participação popular é quase nula; a comunidade em geral não consegue, ainda, visualizar o conselho como um espaço de exercício do controle social; a escolha dos conselheiros não é feita, em sua totalidade, de forma idônea e comprometida com o bem comum, sendo indicados membros que não tem condições para exercerem a função de representantes da sociedade junto aos conselhos; e a necessidade de qualificação, periódica aos conselheiros de saúde.

Com a pesquisa aprende-se que as estratégias educativas emancipatórias são fundamentais para que o controle social seja efetivo o que abarca: o estabelecimento de uma comunicação democrática, tanto dentro dos conselhos, quanto com a comunidade em geral; estabelecimentos de processos educativos para divulgar os conselhos municipais de saúde com vistas a maior participação popular; organização da sociedade para o controle social, no intuito de sensibilizar e instrumentalizar a população acerca da importância deste tema para a melhoria da qualidade de vida de todos; desenvolvimento de capacitações, aos conselheiros,

que venham a favorecer os processos emancipatórios de ação dentro dos conselhos de saúde; e estabelecimento, em toda a sociedade, desde a infância até o envelhecimento, da educação para a participação, a qual buscará tornar a participação popular algo intrínseco às sociedades.

Por fim, reafirmamos que o estudo nos possibilitou observar como estão nossos conselhos municipais de saúde com relação à emancipação, forneceu-nos um panorama, a fim de que possam ser realizadas ações que busquem sanar as lacunas constatadas, e como isso, fortalecer estes espaços, enquanto entes públicos de interesses da comunidade em geral.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, M. M.; CARDOSO, F. G.; **Mobilização social e práticas educativas. Serviço social e competências sociais**, 2010. Disponível em: <<http://dc197.4shared.com/doc/5zELSGn9/preview.html>> Acesso em: 15 jul. 2011.

ADORNO, T. W. **Educação e emancipação**. Trad. Wolfgang Leo Maar. 3ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____. **Indústria cultural e sociedade**, São Paulo: Terra e Paz, 2002.

_____. **Educação e Emancipação**. 2. ed. Tradução de Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

_____. **Educação e Emancipação**. São Paulo. Paz e Terra: 1995.

AGEBAILE, J. **O papel dos conselhos de saúde no SUS**. Revista Rede de escolas técnicas do SUS, Rio de Janeiro, n. 42, março 2011.

ALVIN, N. A. T.; FERREIRA, M. A. **Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem**. Texto & contexto enferm. Florianópolis, 2007.

AMBROSINI, T. F. **Políticas públicas educacionais emancipatórias: a educação de jovens e adultos e a educação profissional frente ao desafio da emancipação humana**. **Revista Linhas**. Florianópolis, v. 13, n. 01, p. 166 – 186, jan. / jun. 2012.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. **Bases de Saúde Coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: UEL, 2001.

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. **O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica**. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

ARAÚJO, M. M.; FERES, A. L. A.; REISSINGER, S. **Conselhos municipais de saúde e a construção dialógica do orçamento público**. Anais do XV Encontro preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI, 2007.

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**, PUF: Paris, 1997.

BATISTA, M. S. X. **Educação popular em movimentos sociais: construção coletiva de concepções e práticas educativas emancipatórias**. 28ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu, 2006.

BOHMAN, J., COHEN, J., BENHABIB, S., COOKE, M., GUTMANN, A., THOMPSON, D., MANSBRIDGE, J., CHAMBERGS, S. **A deliberação pública e**

suas dimensões sociais, políticas e comunicativas. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

BRASIL. CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Portal da Transparência.** Brasília. Controladoria geral da união, 2012.

_____. CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Manual de integridade pública e fortalecimento da gestão.** Brasília: Controladoria Geral da União, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de direito dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Especialização em Saúde da Família: modalidade à distância.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revista brasileira de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL b. MINISTÉRIO DA SAÚDE – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de saúde, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 333.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão Municipal de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Encontro Nacional de conselheiros de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica da Saúde 8.142.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Orientações para conselheiros de saúde.** Brasília: Tribunal de Contas da União, 2010.

BAVA, C. S.. **Os Conselhos como instrumentos da sociedade.** In: Carvalho MC, Teixeira AC, organizadores. Conselhos gestores de políticas públicas. **Revista Polis 37.** São Paulo: Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais; 2000.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C.; Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>, acesso em 20 de agosto de 2013.

CAMPOS, W. S. Reforma Política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar./abr. 2007: Disponível em: <http://www.scielo.br>.

CAMPOS, G. W. S., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

COELHO, V. S. P. **A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados**. **Novos estud. – CEBRAP**, São Paulo, n. 78, jul. 2007.

CORREIA, M. V. C. **A influência do Banco Mundial na orientação da política de saúde brasileira**. III Jornada internacional de políticas públicas, São Luís, 28 a 30 de agosto 2007.

_____. **Controle social na saúde** in MOTTA, A. E. et al., Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

CORREIA, M. V. C.; FRIGOTTO, G.; BAHIA, L.; LUZ, M. T.; MERHY, E. E. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. v. 1.500. 308p.

CRISTO, S. C. A. **Controle social em saúde: o caso do Pará**. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, jan./mar. 2012.

CORTES, S. M. V. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências do sistema único de saúde**. **Sociologias**. Porto Alegre, n.07 jun. 2002.

COSTA, C.; SILVA, I. **Planejamento participativo: prática de cidadania ou cidadania na prática?** *Revista de Educação da AEC*, v. 24, n. 96 jul./set., 1995.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. L. C.; GOMES, K. O.; JUNQUEIRA, T. S. **Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde**. *Physis*. Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2010.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. L. C. **Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde**. *Physis*. Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2009.

CRISTO, S. C. A. **Controle social em saúde: o caso do Pará**. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 109, Jan./Mar, 2012.

DANTAS, L. **Pós modernidade e filosofia da história**. Revista Spectrum, 2009.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. **O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canidé, CE**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, p.126-137, 2012.

DUARTE, Z. S., OLIVEIRA, A. R. **A teoria crítica como referências de práticas emancipatórias na escola pública**. 2010. Disponível em: <<https://docs.google.com/a/uri.edu.br/viewer?url=http://www.ufsm.br/gpforma/2senafe/PDF>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

DUSO, A. P; SUDBRACK, E. M. **Política Educacional: para além da racionalidade econômica** - questionando a enturmação. Revista de Ciências Humanas, Frederico Westphalen, v. 10, n. 15, jun. 2009.

ENGELS, MARX & LÊNIN. **Sobre a mulher**. São Paulo: Global, 1980.

FEE. Fundação de Economia e Estatística. **Idese: tabelas e mapas**. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.conamp.org.br/Lists/artigos/DispForm.aspx?ID=168>
LUKACS, G. História e Consciência de Classe. Porto: Publicações Escorpião, 1974.

FARIA, L. R. A. **As orientações educativas contra-hegemônicas das décadas de 1980 e 1990 e os rebatimentos pós-modernos na didática a partir dos estudiosos**. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de São Paulo, 2011.

FILGUEIRAS, F. **Sociedade civil e controle social da corrupção**. Revista Em Debate, Belo Horizonte, v.3, n.4, p.14-28, dez. 2011.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Trad. de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martin. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da indignação – cartas pedagógicas e outros escritos**, São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Política e educação: ensaios**, São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Política e educação: ensaios**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. **Educação e Mudança**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação como prática da Liberdade.** 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Cultural action for freedom Penguin education.** Harmondsworth: Penguin, 1972.

_____. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: teoria e prática em educação popular.** 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

FEITOZA, S. R. **Educação popular e emancipação humana: matrizes históricas e conceituais na busca pelo reino da liberdade.** Educação Popular, n.06, 2010.

GADOTTI, M. **Gestão Democrática da Educação com Participação Popular no Planejamento e na Organização da Educação Nacional.** Artigos CONAE 2014. Ministério da Educação, 2013.

GERSCHMAN, S. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, n. 6, nov./dez. 2004: Disponível em : <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 out. 2006

GOHN, M. G. **Movimentos sociais na contemporaneidade.** Revista Brasileira de Educação, v. 16, n. 47, mai./ago. 2011.

GOHN, M. G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais.** Saúde soc, São Paulo, n. 2, v. 13, mai./agost. 2004.

GOHN, M. G. **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais,** Petrópolis: Vozes, 2003.

GOMES, L. R. **Educação e comunicação em Habermas: o entendimento como mecanismo de coordenação da ação pedagógica.** Cadernos de Educação, Pelotas, n. 33, maio/agosto, 2009.

GOMES , L. R. **Educação, consenso, emancipação na teoria da ação comunicativa de Habermas.** Publ. UEPG Humanit. Sci., Appl. Soc. Sci., Linguist., Lett. Arts, Ponta Grossa, v. 15, n. 2, dez., 2007.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história,** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. **A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, mai. 2010.

GUERRERO, A. B. **Condición posmoderna y esbozo de una nueva pedagogía emancipatoria.** Un pensamiento diferente para el siglo XXI. rev.estud.soc. Bogotá, n.42, Jan./Apr. 2012.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. **Dilemas Culturais e Políticos da Participação dos Movimentos Sociais nos Conselhos de Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid: Tauru, 1987.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez/Celats, 1988.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Conselho Nacional de saúde na visão de seus conselheiros**. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2012.

JORGE, M. S.; VENTURA, C. A. **Os conselhos municipais de saúde e a gestão participativa**. Textos & Contextos, Porto Alegre, n. 1, v. 11, p. 106 - 115 jan./jul. 2012.

JULIO, R. S.; RIBEIRO, W. C. **Constitucionalismo e participação comunitária na saúde pública**. Direitos Culturais, Santo Ângelo, v.6, n.10, p. 77-88, jan./jun. 2011.

JUNIOR, P. B.; GERSCHMAN, S. **Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, n; 1, v. 18, jan. 2013.

JÚNIOR, J. P. B; MESSIAS, K. L. M; SAMPAIO, J. J. C. **Exercício do Controle Social em município de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA)**. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, jul./set. 2006: Disponível em: <http://www.scielo.br>.

JÚNIOR, J. P. B; MESSIAS, K. L. M; SAMPAIO, J. J. C. **Exercício do Controle Social em município de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA)**. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, jul./set. 2006: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 nov. 2007.

KANT, I. **Crítica da razão prática**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Resposta à pergunta: Que é esclarecimento?** In: *Textos Seletos*. 2. ed. Petrópolis: 1985.

KAWASHIMA, M. C. S.; FERREIRA, M. V. F.; SILVA, P. C.; BOAVENTURA, A. P.; ALMEIRA, J. B. **O desconhecido SUS: o conhecimento de uma cidade do Vale do Paraíba**. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos, 2007.

KLEBA, M. E.; MATIELO, A.; COMERLATTO, D.; RENK, E.; COLLISELLI, L. **O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC)**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, mai, 2010.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. **Promoção do empedramento com Conselhos Gestores de um pólo de educação permanente em saúde.** Texto Contexto, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

KRONEMBERGER, T. S. **A participação da sociedade civil na política de saúde: um estudo sobre o conselho municipal de saúde de Niterói.** Dissertação apresentada no Programa de pós-graduação em ciências políticas da Universidade Federal Fluminense. 2010.

LABRA, M. E. **Conselhos de saúde; visões macro e micro.** Civitas – Revista de Ciências Sociais, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan./jun. 2006.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da Escola Pública.** São Paulo: Loyola, 1990.

LORENÇO, J. C., M. V. Y. **A importância da pedagogia progressista para a educação.** 2010.

LUCHMANN, L. H. H. **Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional.** Revista de Ciências Sociais, São Leopoldo, 2002.

LUIZ, D. E. C. **Capacitação e emancipação: uma relação possível.** Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 8, n.1 p. 68-88. jan./jun. 2009.

MACEDO, L. C.; PALHA, P. F. **Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica.** Segundo Encontro Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil - UNIOESTE Campus Cascavel, 2005.

MACHADO, A. M. B. R. **Grupo de mulheres: sistematizando uma prática emancipatória de educação em saúde.** Rio de Janeiro, 2008. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, 2008.

MACHADO, R. T. **Um olhar sobre a dinâmica do conselho de saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte MG.** Conselheiro Lafaeite, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

MARTINS, M. L. P.; RIZOTTI, M. L. A.; PAULILO, M. Â. S.; SCHIBELSKY, M. O. **A participação popular e o controle social: um estudo a partir das pré-conferências municipais de assistência social de Londrina.** In: III Simpósio Lutas Sociais na América Latina, 2008, Londrina. Anais do 3º Seminário Nacional - Estado e Políticas Sociais no Brasil. Londrina, 2008. v. 1.

MARX, K. **A questão judaica.** 4. ed. São Paulo: Centauro, 2002.

MARX, K., ENGELS, F. **A ideologia alemã.** 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. **Análise Qualitativa dos Conselhos Locais da Atenção Básica de São Carlos: A Dinâmica de Funcionamento e Participação.** *Revista de APS*, v.13, n.4, 2010.

MERHY, E. E; CAMPOS, G. W. S; CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Afiliada, 1997.

MESQUITA, R. G. M. **Currículo e ação educativa emancipatória: implicações políticas e epistemológicas.** *Educação*, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 351-359, set./dez. 2011.

MIRANDA, G. S. **Corrupção pública: uma pandemia nacional.** Disponível em: <<http://www.conamp.org.br/Lists/artigos/DispForm.aspx?ID=168>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

MOCINHO, R. R., SAUPE, R. **A instrumentalização dos conselheiros municipais de saúde como possibilidade de efetivação do Controle Social.** *Revista Texto & Contexto*, vol. 9, nº. 2. Maio a Agosto de 2000, Universidade Federal de Santa Catarina (Mestrado Interinstitucional: mestres em Enfermagem para o Terceiro Milênio).

MORONI, J. A. **Participamos, e daí?** Observatório da cidadania, 2005.

MOTTA, F. C. P. **Administração e participação: reflexões para a educação.** *Educ. Pesqui.* São Paulo, v. 29, n. 2, jul./dez. 2003.

NODARI, P. C.; SAUGO, F. **Esclarecimento, educação e autonomia em Kant.** *Conjectura*, v. 16, n. 1, jan./abr. 2011.

NOGUEIRA, M. A. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática.** São Paulo: Cortez, 2004.

NUNES, G.; AYRES, J. **Revisão literária – gestão participativa escolar.** Caderno Multidisciplinar de Pós-Graduação da UCP, Pitanga, v.1, n.1, p.12 2-132, jan. 2010.

NUNES, G. M.; COSTA, J. G.; TEIXEIRA, M. M.; RAMOS, P. R. **Os Desafios da Participação Popular no Sistema Único de Saúde.** II Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social. Juazeiro BA, Petrolina PE, 2009.

OLIVEIRA, M. L; ALMEIDA, E. S. **Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002.** *Saúde e sociedade.* São Paulo, v. 18, n. 1, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

OLIVEIRA, N. A.; OLIVEIRA, A. R. **Controle social e participação política: desafios de ontem à filosofia da educação (política) de hoje.** Trabalho desenvolvido no Grupo de Pesquisa FEPráxis (Filosofia, Educação e Práxis Social).2009.

OLIVEIRA, V. C. **Educação, controle público e participação popular no Sistema Único de Saúde**. Revista acadêmica do grupo comunicacional São Bernardo, n. 2, jul./dez. 2004.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inclusão dos cidadãos na implementação das políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

PEIXOTO, L. A. S. **Marcuse: cultura, ideologia e emancipação no capitalismo tardio**. Estudos e pesquisas em psicologia, v. 11, n. 1, 2011.

PELLIZZARO, I.; MILBRATZ, R. **A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde de Blumenau**. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, participação e democracia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

PINHO, K. C. C. **Educação para quê?** Reflexões sobre a educação para a emancipação. Trabalho de conclusão de curso. Departamento de educação, comunicação e artes. Universidade Estadual de Londrina. Curso de Pedagogia, 2009.

RABELO, A. M. P.; FRANCISCHETTO, G. P. P. **(Re) conhecer para dialogar; a universidade popular dos movimentos sociais como um projeto educativo emancipatório**. Depoimentos, Vitória, n. 14, p. 79-94, jul./dez. 2008.

RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA DA SAÚDE. **SUS municipal 2001**. Porto Alegre. Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul, 2001

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

ROCHA, C. V. **Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 19, n. 38, p. 171-185, fev. 2011.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamento na (re)construção de uma trajetória**. ALEA, v. 7, n. 2, jul./dez. 2005.

SANTA CATARINA, SECRETARIA DA SAÚDE. **Manual Saúde**. Florianópolis. Secretaria da Saúde, 2004.

SATO, W. N. S.; ANDREZZA, R.; LACAZ, F. A. C.; SPEDO, S. M.; PINTO, N. R., P.; SOUZA, A. L. M. **Formação de conselheiros para a efetivação da participação e controle social no Sistema Único de Saúde: análise de uma experiência**. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, 2004

SALIBA, N. A.; MOIMAZ, A. A. S.; FERREIRA, N. F.; CUSTÓDIO, L. B. M. **Conselhos de saúde: conhecimentos sobre as ações de saúde.** Revista de administração pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 43, p. 1369 – 1378, nov./dez. 2009.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice – o social e o político na pós-modernidade,** São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social,** São Paulo: Biotempo, 2007.

SANTOS, D. O.; MORAES, E. M. R.; HEISE, M.; SANTOS, M. R.; RODRIGUES, T. F. **O controle social como disparador de mudanças nos serviços de saúde.** Revista da ANPG – Ciência, Tecnologia e Políticas Educacionais, São Paulo, v.1, n.1, 2013.

SAVIANI, Demerval. **História das idéias pedagógicas no Brasil.** Campinas: Autores Associados, 2010.

SCHWARTZ, Germano. Iluminismo. In: BARRETO, Vicente de Paulo (Coord.). **Dicionário de filosofia política.** São Leopoldo: Ed. da Unisinos, 2010.

SGRILLI, H. P. **A formação para a autonomia: contribuições da teoria crítica da escola de Frankfurt.** Revista de Iniciação Científica da FFC, v. 8, n.3, p. 307-318, 2008.

SILVA, L. D.; BECK, C. L. C.; DISSEN, C. M.; TAVARES, J. P.; BUDÓ, M. L. D.; SILVA, H. S. **O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico.** Rev Enferm UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 2, Mai/Ago, 2012.

SILVA, G. H. **O papel exercido pelo conselho municipal de saúde de pelotas e sua relação com o executivo municipal.** DIPROSUL, Pelotas, 2011.

SILVA, V. R. in PEDRINI, D. M.; ADAMS, T.; SILVA, V, R. **Controle social de políticas públicas.** São Paulo: Paulus, 2007.

SOUSA, L. B.; AQUINO, P. S.; FERNANDES, J. F. P.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. **Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, n. 16, 2008.

SOUZA, A. F.; RAMALHO, R. P. **Controle social do SUS: desafios para uma gestão democrática e participativa.** Trabalho de conclusão de curso. Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal. 2011.

SOUZA, A. L. R.; BOSQUETTI, M. A.; SILVA, M. L. B. **Participação da comunidade de Coloninha nas reuniões do conselho local de saúde** in PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.; MORITZ, G. O.; BUNN, D. A. Contribuições para a Gestão do SUS. Universidade Federal de Santa Catarina, 139 – 150, 2013.

SOUZA, T. O.; SILVA, J. M.; NÓBREGA, S. S.; CONSTÂNCIO, J. F. **Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde.** *Rev. bras. Enferm*, Brasília, v. 65, n. 2, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

STRECK, D. R.; ADAMS, T. **Lugares da participação e formação da cidadania.** *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan./jun. 2006.

SUDBRACK, E. D. **Mapas da informação docente pós-LDB: regulação ou emancipação.** *Revista Educação*, Santa Maria, v. 29, n. 2, 2004. Disponível em: <http://coralx.ufsm.br/revce/revce/2004/02/r13.htm>. Acesso em: 18 jul. 2011.

VAN STRALEN, C. J.; LIMA, A. N. D.; SOBRINHO, D. F.; SARAIVA, L. E. S.; VAN STRALEN, T. B. S.; BELISÁRIO, S. A. **Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul.** *Rio de Janeiro, Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n. 3, jul./set. 2006.

VALLA, V. V. **Sobre participação popular: uma questão de perspectiva.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 15 agosto de 2013.

VÁZQUEZ, M. L.; SILVA, M. R. S.; GONZALEZ, E. S. C.; DINIZ, A. S.; PEREIRAA, A. P. C.; VERAS, I. C. L.; ARRUDA, I. K. G. **Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio De Janeiro, v.10, set./dez, 2005.

VERDI, M.; LIZ, D. B. **Comunidades saudáveis: capacitação de conselheiros locais de saúde como instrumento para efetivação do controle social no Sistema Único de Saúde.** *Revista eletrônica de extensão*, Florianópolis, 2008.

VELOS, S. **População ainda desconhece poder dos Conselhos de Saúde.** Prefeitura municipal de Goiânia, 2011. Disponível em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/2011/09/29-09-2011_conselhos.shtml. Acesso em 10 de julho de 2013.

WENDHAUSEN, A. **Por um Controle Social popular dos serviços de Saúde: reflexões preliminares.** *Revista Texto e Contexto*. Florianópolis, v.6, n. 3, p. 95 – 112, set./dez. 1997.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S. M. **Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas.** *Rev. bras. enferm*, Brasília, v. 60, n. 5, set./out. 2007: Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 22 de julho de 2013.

WEYH, C. B. **Educar pela participação: uma leitura político-pedagógica do orçamento participativo estadual no município de Salvador das Missões/RS.** Santo Ângelo: FURI, 2011.

WEYH, C. B. **Educar pela participação: uma leitura política-pedagógica do orçamento participativo estadual no município de Salvador das Missões RS.** São

Leopoldo, 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, 2005

7 APÊNDICES

**APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS
CONSELHEIROS**

URI – UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EMANCIPATÓRIAS DESENVOLVIDAS
PELOS E COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE COM VISTAS A EFETIVAÇÃO
DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
CONSELHEIROS DE SAÚDE

- 1- Como são organizadas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde?
- 2- Quem define a pauta para a realização das reuniões do Conselho?
- 3- O plano de ação da secretaria de saúde foi apresentado ao conselho municipal de saúde?
() Sim
() Não
- 4- O conselho municipal de saúde consegue propor ações, as quais são efetivadas, e que trazem melhorias às condições de vida e saúde à população de uma forma geral?
() Sim
() Não
() Às vezes
Quais estas ações?
- 5- Existem programas de formação para os conselheiros municipais de saúde com o objetivo da efetivação do controle social em saúde?
() Sim
() Não
Quais estes programas?

6- Existem espaços onde os conselheiros podem reivindicar e lutar por melhores condições de saúde e vida da população?

() Sim

() Não

Quais estes espaços?

7- Existem espaços onde a comunidade em geral reivindica e luta por melhores condições de saúde e vida da população?

() Sim

() Não

Quais estes espaços?

8- A forma de escolha dos conselheiros interfere nas ações do conselho municipal de saúde?

() Sim

() Não

() às vezes

Por quê?

9- No seu ponto de vista, como a comunidade em geral evidencia as ações do conselho municipal de saúde?

**APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM A
COMUNIDADE EM GERAL**

URI – UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EMANCIPATÓRIAS DESENVOLVIDAS
PELOS E COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE COM VISTAS A EFETIVAÇÃO
DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA A
COMUNIDADE EM GERAL

- 1- Que espaços a comunidade em geral utiliza para reivindicar e lutar por melhores condições de saúde e vida da população?
- 2- Você conhece o conselho municipal de saúde e as atividades desenvolvidas por ele?
- 3- A forma de escolha dos conselheiros municipais de saúde interfere nas ações do conselho?
- 4- Existe uma relação entre a participação da população em geral no controle social da saúde e o poder público municipal? Como isso se manifesta?
- 5- As ações do conselho municipal de saúde de fato contribuem para a melhoria da qualidade da saúde no seu município?
- 6- Você entende que a formação dos conselheiros é adequada para a função que exercem junto ao conselho municipal de saúde?

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

URI – UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EMANCIPATÓRIAS DESENVOLVIDAS
PELOS E COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE COM VISTAS A EFETIVAÇÃO
DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS

Informações para o(a) participante voluntário(a):

Você está convidado(a) a responder este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa **ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EMANCIPATÓRIAS DESENVOLVIDAS PELOS E COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE COM VISTAS A EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE**, sob responsabilidade da pesquisadora / mestrandia Caroline Ottobell, sob a orientação do prof. Dr. Cênio Back Weyh. Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso; c) sua identidade será mantida em sigilo; d) caso você queira, poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa; e) o presente projeto passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Câmpus de Frederico Westphalen RS. Em caso de dúvidas, poderei contatar o professor orientador Dr. Cênio Back Weyh pelo fone (55) 9640-2898 e/ou a mestrandia/pesquisadora Caroline Ottobelli pelo fone (55) 9126-7547, ou o próprio Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Câmpus de Frederico Westphalen RS, o qual localiza-se na Avenida Assis Brasil, 709, Bairro Itapagé, Frederico Westphalen, fone (55) 3744-9200, ramal 306; f) a coleta de dados para a pesquisa envolverá conselheiros e comunidade em geral dos municípios dos 3 municípios de abrangência da 19ª CRS que possuem maior IDESE, sendo que para a coleta de dados utilizaremos a entrevista semi-estruturada. Para o registro dos dados faremos uso de um gravador. O anonimato dos sujeitos será mantido em sigilo, sendo que para isso os mesmos serão codificados em CS (conselheiros de saúde) e CG (comunidade em geral)

Frederico Westphalen, _____ de _____ de 201__

Participante

Pesquisadora

Orientador

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Campus de Frederico Westphalen, RS – Av. Assis Brasil, 709, Itapagé, 98400-000
Fone: 55 3744 9200 – ramal – 259 (Caroline)
Fax: 55 3744 9265 e-mail: caroline@uri.edu.br