

MOVIMENTO SOCIAL DE BAIRRO: POTENCIALIDADES E LIMITES DA PARTICIPAÇÃO EM CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NUM MUNICÍPIO DE INTERIOR NO NORDESTE BRASILEIRO

Social movement of neighborhood: potentialities and limits of participation in local health councils in a municipality of interior in the brazilian northeast

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale

Enfermeiro. Professor auxiliar do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS). Especialista em Saúde da Família.

E-mail: falcaoenfermeiro@gmail.com.

Aline Macedo Carvalho Freitas

Enfermeira do trabalho. Mestranda em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UEFS.

E-mail: allycarvalho@hotmail.com.

Givanildo da Silva Nery

Psicólogo. Mestrando em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UEFS.

E-mail: givanildogsn@hotmail.com.

Resumo

Objetivo: Compreender potencialidades e limites da experiência de ser conselheiro local de saúde, segundo a realidade de um município de interior, no nordeste brasileiro, e de acordo com as próprias representações desses cidadãos quanto à participação popular e controle social. **Metodologia:** Estudo qualitativo, exploratório, com técnica de observação sistemática e entrevista semiestruturada realizado com 14 conselheiros, em Feira de Santana/BA. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** Dos participantes da pesquisa, nove eram homens e cinco eram mulheres. A ocupação predominante foi a de agentes comunitários de saúde. O desenvolvimento da autonomia em manifestações sociais de interesse às políticas públicas, a construções de relações interpessoais de convivência coletiva, o sentimento de

Silas Santos Carvalho

Enfermeiro obstetra. Mestrando em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UEFS.

E-mail: ssc.macademico@hotmail.com.

Letícia Falcão Carvalho

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UEFS.

E-mail: leticiafcarvalhos@gmail.com.

Maricelia Maia de Lima

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UEFS. Professora Auxiliar do Departamento de Saúde da UEFS.

E-mail: limapfa6@gmail.com.

representar uma comunidade de pessoas e liderar a manifestação de interesses sociais locais foram as principais potencialidades identificadas. Os limites experienciados residem na pouca assiduidade dos conselheiros às reuniões, pouco apoio da comunidade onde o conselho está implantado, ações de cooptação política que tentam inviabilizar as atividades deliberativas do conselho, autoritarismo e pouca transparência da gestão municipal, além da precária estrutura física, que dificulta o desenvolvimento das atividades do conselho. **Considerações finais:** O desenvolvimento de atividades de educação permanente pode ser considerado como uma estratégia para a superação dos limites evidenciados pelo estudo. Tais atividades podem produzir afetividade nas pessoas em prol da maior participação no Conselho Local de Saúde, como induzir os gestores a refletirem sobre a responsabilidade com a transparência dos atos

administrativos e com a construção de políticas participativas. Cabe ainda explorar outros mecanismos de participação social que podem ser agenciados, principalmente aqueles implicados em ações externas à estrutura estatal, como os Fóruns Populares de Saúde, que não configuram instâncias previstas em lei.

Palavras-chave: Conselhos de saúde; Participação comunitária; Serviços de saúde; Autoritarismo; Pesquisa participativa baseada na comunidade.

Abstract

Objective: Understand the potentialities and experience limits to be a local counselors of health, in the reality from city of countryside, in Brazilian northeast, according to the representations of these people about popular participation and social control. Methodology: Qualitative study, exploratory, with observation technical systemic and semi structure interview realized with 14 counselors, in Feira de Santana/BA. The dates were submitted for analysis of content thematic-categorical. Results: The Research participants, nine were men and five were women. The predominant occupation was of community agents of health. The development of autonomy in the social manifestations of interest public policy, the construction of interpersonal relationship of collective coexistence, the feeling of represent a community of people and lead the manifestation of social interest local were the main potentialities identified. The limits experienced living in the low attendance of counselors on the meeting, low support of community where the council is it, actions of political cooptation that try to impede the deliberative activities of the council, authoritarianism and low transparency of municipal management, beyond of precarious physical structure that hinders the development of council activities. Final considerations: The development of education activities can be considerate ass a strategy for overcoming of limits evidenced on study. Such actions can produce affectivity on people to better participation on local council of health, like to induce managers to reflect on responsibility for the transparency of administrative acts and with the construction

of participatory politics. Still exploring other mechanisms of social participation that can be agitated, mainly those implicated in extern actions on state structure, like the popular health forum, and that not configure instances in law.

Keywords: Health council; Community participation; Health services; Authoritarianism; Community-Based Participatory Research.

Introdução

No Brasil, a institucionalização do controle social na área da saúde é objeto de disputas entre Estado e sociedade, desde as primeiras discussões teóricas até os dias atuais, mesmo após sua regulamentação como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS).¹ No âmbito descentralizado, a relação entre comunidade (sociedade) e oferta de serviços de saúde (Estado) evoca sentimentos de insatisfação nos usuários e nos profissionais face aos gestores de saúde/prestadores de serviços. Usuários e trabalhadores, mesmo com dificuldade, buscam organizar-se coletivamente, tendo em vista propor soluções relativas ao seu descontentamento, marcadamente a insuficiência da oferta de serviços ou de condições de trabalho e respeito à participação nas instâncias de controle social.²

O formato de conselhos para a organização da participação da sociedade pode ser percebido como garantia de exercício da democracia, sobretudo quando é possível efetivar o poder social como instrumento para a redução das iniquidades sociais. Nesse sentido, os direitos fundamentais de uma comunidade podem ser garantidos por representantes populares que disponham de compromisso ético e participem das tomadas de decisão.³ Trata-se, portanto, da legitimação da democracia no Estado de Direito, situação que vai além da ampliação democrática pelo

simples exercício do voto eleitoral.⁴ Entendidos como estruturas organizadas para a participação da comunidade, os conselhos de saúde são assegurados pela Lei Federal nº 8.142/90 como órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo na área da saúde e prestadores de serviços (gestores), por representantes dos profissionais e empregados da saúde (trabalhadores) e pelos cidadãos em geral (usuários), devendo todos os segmentos apresentarem características e perfil de representatividade para o interesse público e para coletivos de pessoas que debatem necessidades sociais em saúde.¹

Entre as potencialidades dos conselhos de saúde, destaca-se a capacidade deliberativa de caráter participativo, a potencialidade em representar coletivos sociais, coletivos de interesse e grupos sociais em vulnerabilidade⁵ e a possibilidade de objetivamente contribuir para a formulação de políticas públicas e seu acompanhamento no cotidiano.² Para o alcance dessas características, os conselheiros devem conhecer as demandas e necessidades daqueles coletivos e grupos que representam, bem como compartilhar com sua base social a construção de posições e socializar todas as discussões realizadas nas instâncias de conselho de saúde. Caso contrário, defrontamo-nos com conselheiros que abandonam a demanda coletiva em prol de interesses próprios, de maneira a facilitar a cooptação entre os segmentos, favorecer o clientelismo e descaracterizar o conselho como espaço e exercício de luta democrática.⁶

Ao tratar dos fatores limitantes do controle social, estudos apontam para o pouco apoio das comunidades;⁷ a dificuldade em renovar os conselheiros; a forte influência de ações privadas sobre as decisões do Estado;³ e

o caráter burocrático dos conselhos, condições que passam a contribuir para a desmotivação e desistência das pessoas em comporem um órgão do controle social.^{5,8} A tal cenário, acrescenta-se a falta de informação, a dificuldade em manusear dispositivos eletrônicos e o limitado acesso a dados que transmitam transparência da gestão em saúde, entraves experienciados pelos conselheiros.⁹ Esses aspectos contribuem para a deslegitimação dos conselhos de saúde, face ao não exercício da democracia deliberativa. Toda tomada de decisão deveria se originar da liberdade de opinião e manifestação, de um processo acessível de busca das informações, de discussão livre dos dados disponíveis à avaliação e à análise de políticas, de construção de interpretações e composição de ações para elucidação do conhecimento político independentes de constrangimentos e imposições externas como de partidos políticos, associações corporativas e outros atores detentores de saber-poder.⁶

Diante do exposto, esse estudo objetivou compreender potencialidades e limites da experiência de ser conselheiro local de saúde, segundo a realidade de um município de interior, no nordeste brasileiro, e de acordo com as próprias representações desses cidadãos quanto à participação popular e controle social. A experiência transcorreu junto aos conselheiros locais de saúde no município de Feira de Santana, Estado da Bahia, no exercício do controle social previsto em Lei.

Metodologia

Tratou-se de um estudo qualitativo, exploratório, realizado no município de Feira de Santana/BA, com população estimada em 617.528 habitantes para o ano de 2015.¹⁰ Foram participantes do estudo 14 conselheiros, que atuavam em 7 bairros que possuíam conselhos

locais de saúde implantados até o ano de 2012.¹¹ Participaram do estudo, dois conselheiros de cada Conselho Local de Saúde (CLS), um representando o segmento dos usuários e um representando os trabalhadores do SUS. Como critérios de inclusão, foram definidos: ter 18 anos de idade ou mais; estar na qualidade de conselheiro titular de um CLS implantado até 2012; e estar no exercício das funções de conselheiro em acordo com o regimento de cada CLS. Como critérios de exclusão ficaram estabelecidos: não representar mais de um segmento em dois CLS diferentes e não ter participado das três últimas reuniões ordinárias do CLS a que está vinculado. Tal critério está definido pelo regimento dos CLS, resultando no afastamento do conselheiro.

Os participantes escolheram pseudônimos para que suas reais identidades não fossem reveladas. Para fins do relatório de pesquisa cada pseudônimo foi seguido da letra “U”, segmento usuários, ou letra “T”, segmento trabalhadores.

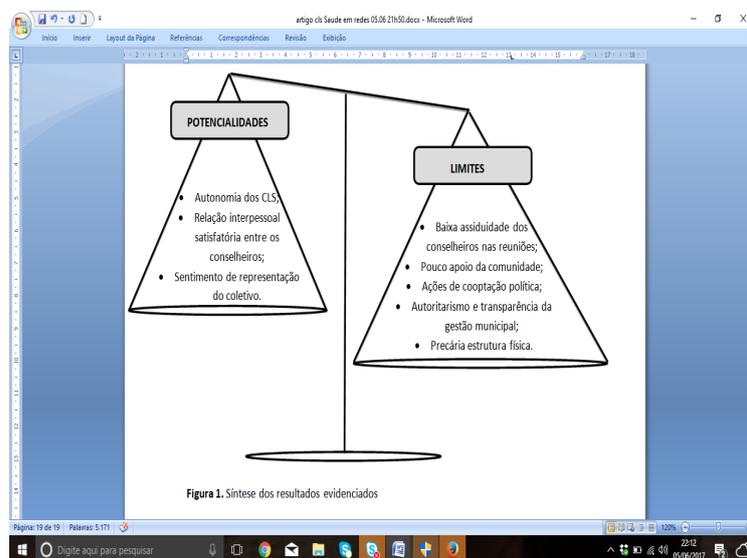
A composição dos conselhos é paritária, com 12 (50%) representantes do segmento dos usuários e 12 (50%) entre trabalhadores e gestores de saúde, incluindo titulares e suplentes. Desse modo, cada CLS deve ser constituído por 24 conselheiros, 6 titulares e 6 suplentes do segmento dos usuários, 3 titulares e 3 suplentes do segmento dos trabalhadores da unidade de saúde,

bem como 3 titulares e 3 suplentes representantes do gestor municipal.¹² Adotou-se a observação sistemática e a entrevista semiestruturada como técnicas de coleta de dados, implementadas entre abril e maio de 2013. Foram necessários sete turnos para a realização das técnicas de coleta de dados. Em cada turno desenvolveu-se a observação sistemática da reunião do CLS e, em seguida, procedeu-se à entrevista, realizada em um ambiente privativo. Foi utilizada a análise de conteúdo temática para a análise dos dados, envolvendo, inicialmente, a pré-análise do material coletado, exploração dos resultados obtidos e suas interpretações.¹³ Esse estudo respeitou à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e aprovado sob o protocolo CAAE: 14406313.2.0000.0053.

Resultados

Os resultados serão apresentados em três aspectos: 1) Caracterização dos participantes do estudo; 2) Potencialidades dos CLS: categoria “onde há várias cabeças, há vários pensamentos” e 3) Limites dos CLS: categoria “autoritarismo, cooptação política e pouco apoio”. A Figura 1 apresenta uma representação gráfica dos fatores potencializadores e limitantes experienciados pelos conselheiros locais de saúde.

Figura 1. Representação gráfica: síntese dos resultados evidenciados.



Caracterização dos participantes do estudo

Pode-se tornar conselheiro local de saúde, qualquer pessoa com idade igual ou maior que 18 anos, mediante comprovação de residir no bairro (usuário) ou estar lotado como trabalhador direto de determinada unidade de saúde (trabalhador), além dos gestores (em exercício do cargo). Os

conselheiros do segmento dos usuários são eleitos pelo voto da comunidade; os moradores só podem votar de posse do documento de identificação com foto e o comprovante de residência.¹⁴ Os conselheiros dos segmentos dos trabalhadores e gestores são eleitos em assembleia entre os próprios pares. A tabela 1 apresenta a síntese dos dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

CARACTERÍSTICAS	N (14)	%
(Continua)		
Sexo		
Masculino	9	64,3
Feminino	5	35,7
Idade		
20 a 30 anos	3	21,4
31 a 40 anos	8	57,1
> 61 anos	3	21,4
Raça/Cor		
Negra/Parda	11	78,6
Amarela/Branca	3	21,4
Estado civil		
Solteiro	4	28,6
Casado	10	71,4

Escolaridade		
Alfabetizado	2	14,3
Ensino Fundamental Completo	1	7,1
Ensino Médio Completo	9	64,3
Ensino Superior Completo	2	14,3
Religião		
Católico	10	71,4
Evangélico	3	21,4
Mórmon	1	7,1
Ocupação		
ACS	6	43,0
Aposentado	2	14,4
Odontólogo	1	7,1
Estudante de ensino médio	1	7,1
Vigilante	1	7,1
Representante comercial	1	7,1
Porteiro	1	7,1
Operador de telemarketing	1	7,1
Segmento representativo		
Usuários	6	42,9
Trabalhadores	8	57,1
Ações sociais de que participam		
Igreja	5	35,7
Partido Político	3	21,4
CLS	3	21,4
Associação comunitária	2	14,3
Associação de moradores	1	7,2

Fonte: Elaboração própria.

Dentre os conselheiros locais de saúde, participantes da pesquisa, estavam nove homens e cinco mulheres. A ocupação predominante dos conselheiros foi a de Agente Comunitário de Saúde, seguida por aposentados e outras diversas como apresentadas na tabela acima. A maioria estava na faixa etária dos 30 aos 40 anos, predominou a raça negra, são casados, possuem escolaridade de

nível médio completo, são católicos e atuam em ações sociais da igreja, em partidos políticos, em associações comunitárias ou de moradores, além do CLS.

Potencialidades dos CLS: categoria “onde há várias cabeças, há vários pensamentos”

Como consequência do exercício de ser conselheiro, destacam-se como principais potencialidades o desenvolvimento da autonomia em manifestações sociais de interesse às políticas públicas, autonomia adquirida por eles; a construções de relações interpessoais de convivência coletiva, reconhecimento e valorização do exercício de representar um coletivo, o que permite uma maior aproximação e, conseqüentemente, melhores relacionamentos entre conselheiros e desses com a comunidade local; o sentimento de representar uma comunidade de pessoas e liderar a manifestação de interesses sociais locais. Essas potencialidades permitiram reconhecer que os participantes compreendem o exercício de ser conselheiro como atividade a ser realizada de maneira conjunta e autônoma, a partir da necessidade, da relevância, do valor social e do consenso entre as pessoas envolvidas, englobando tanto a comunidade quanto os conselheiros, conforme indicam seus relatos:

A nossa facilidade é o relacionamento, temos um bom relacionamento (Jonas - U).

A gente tem achado um pouco de esclarecimento por parte de [...] alguns membros do conselho que dá esse apoio [...] (Joana - T).

Ele é livre caso ele não infrinja os estatutos [...] porque se o estatuto permitir ele tem liberdade (João - U).

As decisões são livres, mas dentro de um consenso, todo mundo dá sua opinião e chega ao denominador comum (Daniela - U).

Houve semelhança na aplicação dos termos “livre” e “autonomia”, induzindo à compreensão de que qualquer temática pode ser abordada pelo conselheiro, necessitando que constitua as melhores articulações intersetoriais ou outras parcerias intracomunitárias. A relevância em conhecer e discutir as temáticas do setor da saúde para a posterior deliberação, também foi claramente compreendida como potencialidade alcançada através dos conselhos locais de saúde. Alguns relatos trouxeram fundamentação teórica para as práticas de ser conselheiro, envolvendo o jogo de argumentações e o poder da maioria dentro dos movimentos sociais.

Sim, é livre, podemos fazer ações, podemos buscar outras pessoas para ajudar a gente (Helena - T).

Eu li um certo livro que dizia assim: “Onde há várias cabeças, há vários pensamentos” e tem sentido. [...] você conviver em grupo não quer dizer que você vai concordar com tudo, [...] mas o importante é que eu não concordando se a maioria concordou, vai ser aprovado e eu acato (Galego - U).

Os conselheiros enfatizaram que o maior impacto das suas ações depende do grau de autonomia dos CLS, do fortalecimento das relações interpessoais entre os conselheiros e da própria corresponsabilização em representar uma coletividade.

Limites dos CLS: categoria “autoritarismo, cooptação política e pouco apoio”

Os participantes convergiram quanto à pouca participação dos próprios conselheiros

e o pouco reconhecimento do objetivo do CLS pela comunidade dos bairros. Emergiram, ainda, insatisfações relacionadas à precária estrutura física destinada aos encontros do CLS e o caráter autoritário e burocrático da gestão municipal. Os relatos dos conselheiros ilustraram o comportamento da comunidade local com os conselheiros, de modo a registrar o seu descrédito com a comunidade e o reconhecimento de que os próprios conselheiros podem agir como ferramentas que proporcionem maior envolvimento dos moradores do bairro com as atividades do CLS.

A comunidade em si apoia, mas depende muito da ação dos conselheiros em estar animando (Daniel - U).

Ainda há pouco apoio da comunidade; precisamos de muito mais [...] (Maria - T).

Os conselheiros denunciaram a falta de apoio dos cidadãos (moradores) a causa e às atividades dos CLS, citando o conselheiro como um dos principais responsáveis pela situação de saúde na comunidade. Escuta-se nos CLS que alguns moradores se excluem do processo de discussão e participação, mas exigem resultados concretos. Ao buscar explicações para a baixa participação da comunidade, explicitaram a influência partidária na participação junto ao CLS por parte da comunidade, como provável causa.

E a comunidade não apoia, é muito difícil! [...] eles querem as coisas tudo pronta, mas não quer lutar por algo de bom pra nós (Helena - T).

É preciso um maior despertar da comunidade, sem contar as pessoas que são ligadas aos políticos. Isso é um conflito porque a pessoa que é ligada ao político x só vai para aquilo do político (Jonas - U).

Os relatos apontaram a dificuldade de as pessoas reconhecerem quais atividades são inerentes ao exercício do controle social e de que modo são confundidas com a defesa de um projeto político partidário. Conforme relatado, o maior obstáculo e o mais influente desarticulador que justifica o pouco apoio da comunidade é o sujeito político, com caráter normatizador que visa definir quais atividades podem contar com a participação dos seus aliados. Além da pouca participação dos moradores, relatou-se ainda a mesma situação de desmotivação entre os próprios conselheiros, configurando-se como um dos empecilhos para o exercício do controle social. Os conselheiros julgaram que a atividade voluntária como exercício de cidadania não assegura atratividade para o seu desempenho, o que poderia ter outro desfecho se a atividade fosse remunerada.

Alguns conselheiros querem desistir e a gente tá no trabalho de conscientização, que não é remunerada é uma coisa voluntária e que ele está fazendo seu papel como cidadão (Carlos - T).

[...] uma coisa que não tenha uma remuneração, as outras pessoas exercem outros tipos de atividades. Eu acho que dificulta (Daniel - U).

Para os conselheiros, a pouca participação dos conselheiros, representantes do segmento dos trabalhadores da saúde, é propositalmente provocada por estratégias da própria gestão, de modo que, durante as reuniões, não se alcance quórum para determinadas deliberações. Mesmo reconhecendo tais problemas, os conselheiros não estabelecem estratégias para burlar as suas normas. Os relatos abaixo demonstram o cumprimento ao regimento interno de cada CLS:

Os pontos mais difíceis é que o setor público busca uma cooptação disso, dificultar a participação dos representantes da unidade. Há várias atividades no período da reunião e a gente fica se perguntando o porquê (Jonas - U).

A dificuldade é a frequência dos membros, às vezes não fazemos reunião porque não dá quórum, tem que ter 50% mais um (Helena - T).

Outra dificuldade relatada refere-se à ausência de uma estrutura física reservada para as atividades desenvolvidas pelo CLS. Conselheiros afirmaram que a disponibilidade do espaço físico garante a confiabilidade das discussões e preserva a autonomia do CLS, além de contribuir com a acessibilidade de todas as pessoas. Os posicionamentos indicaram a necessidade de uma melhor articulação dos Conselhos Locais de Saúde com o Conselho Municipal de Saúde, apesar de acreditar que essa reivindicação está próxima de ser atendida, com a inclusão de um representante do CLS na composição do CMS.

No tocante até se reunirmos, falta espaço, não temos espaço próprio, temos que solicitar espaço (Alberto - T).

Existe a necessidade, mas isso não vai demorar de acontecer, de os CLS ter uma vaga no CMS pra que a gente possa tá intervindo de maneira geral no município (José - T).

Com essa proposição, buscava-se o fortalecimento de uma pauta única entre os conselhos, considerando, assim, as especificidades de cada bairro, e viabilizando a construção de um espaço físico que poderia ser a solução para o problema, o que poderia viabilizar uma melhor participação entre os conselheiros. Talvez um dos limites com menor governabilidade de ação pelos conselheiros seja o posicionamento pouco transparente e pouco participativo da gestão municipal. Tais características apontadas pelos conselheiros tornam restrita a autonomia dos CLS, que foi apontada anteriormente como sua potencialidade.

Evidencia-se que o processo de tomada de decisão, coordenado pela gestão municipal de saúde, é estabelecido por ações pouco publicizadas e instituídas de modo descendente, tornando uma administração desacreditada pelos movimentos sociais. O relato a seguir expressa tais inquietações:

Eles precisam ser mais transparentes nas ações. Muitas vezes chegam aqui na comunidade e falam que vão colocar um médico e eles vão colocar médicos baseados em quê? [...] ver quais foram os critérios utilizados para que eles tomassem esse posicionamento, porque não se reúne com o conselho. Não buscou essa fonte entendeu? (Joana - T).

Os conselheiros reconheceram a diversidade de fatores limitantes do exercício do controle social, bem como compreenderam que há diferentes atores com poder de governabilidade sobre determinados limites, diga-se o próprio conselheiro, o morador da comunidade como ator individual, a própria comunidade, enquanto ator coletivo, o gestor municipal do SUS e o político que tenta cooptar o controle social.

Discussão

Destaca-se que os conselheiros são eleitos por seu perfil de liderança, conhecimentos antecedentes e práticas reconhecidas como capacidade representativa. Em contraposição, a característica de múltipla militância pode implicar riscos para o controle social em saúde, culminando em perda da autonomia e dificuldade de posicionar-se reativamente ao governo, além de tornar complexa a participação nas pautas reivindicatórias de cada movimento social, inclusive com posicionamentos de parcialidade ou “corporativos”.^{7,15} Nesse particular, sabe-se que a representação social, por meio da participação popular, atrelada aos desejos de mudança social e política, torna-se importante instrumento de empoderamento individual e coletivo, uma vez que esta possibilita autonomia para a tomada de decisão, além de modificar o *status quo*, promovendo consciência política e empoderamento dos conselheiros.¹⁶

Essa conjuntura favorece o exercício da “cidadania de vigilância”, referente ao acompanhamento e fiscalização dos serviços básicos ofertados pelo Estado, e da “cidadania de escassez”, quando há mobilização em busca da implantação de serviços básicos de direito da população.¹⁷ Ao tratar das potencialidades do controle social, parece evidente que os sentimentos que envolvem a aceitação entre

pares, implicam facilidade à ação cidadã e são aqueles que permitem, no âmbito dos CLS, a deliberação que majoritariamente seja de interesse e represente aquela coletividade. Conquistas imediatas favorecem o amadurecimento dos conselheiros e diminuem os riscos de abandono e desistência da função.¹⁸ Não obstante, interesses particulares e ideologias são propulsores de conflitos, mistificação e cooptação, o que pode ser evocado entre os limites da participação popular e controle social.⁵

Bem como evidenciado na presente pesquisa, outros estudos confirmam que a desinformação e o desinteresse da comunidade fragilizam o exercício do controle social,⁵⁻⁹ justificado pelo sentimento de não estar representado por aqueles no exercício de conselheiros¹⁹ ou, ainda, pela pouca experiência do povo brasileiro em conviver com a democracia após longos períodos de colônia, império e ditadura.¹⁸ A pouca participação também se dá pelo paternalismo, tão frequente na cultura brasileira, a pressão dos interesses particulares e a falta de integração entre as várias políticas públicas setoriais, o que resulta em diversas lacunas que dificultam a participação social.¹⁹ O princípio da participação social convive com polaridades que originam grupos opostos, interesses conflitantes e dicotomias entre as quais a diversidade de prioridades a assumir: social ou política, individual ou coletiva, local ou municipal, do representante ou da sua base.¹⁶

Devido às repetidas reuniões sem quórum e a dificuldade de articulação entre conselhos locais e o conselho municipal, o CLS foi considerado como pouco resolutivo e burocrático o que, de fato, desmotiva a participação dos conselheiros.⁵ Outros estudos^{9,19} consideram não suficiente que o CLS indique um representante para compor o CMS, pois nos municípios que assim o fazem, os

conselheiros encontram dificuldades para inserir suas demandas como pautas para discussão no CMS. De modo geral, os relatos se aproximam da realidade burocrática,¹⁹ talvez sendo essa uma das causas para a insatisfação dos conselheiros e para o caráter pouco efetivo dos conselhos de saúde.¹⁶ A institucionalização da participação social não deveria burocratizar a liberdade dos seus atores e, sim, propor um ambiente fértil de integração. Entretanto, presenciam-se alguns conselhos como espaços excludentes, de interesse de um grupo minoritário.

Contudo, outros mecanismos de participação social como ouvidoria, abaixo-assinados, uso das redes sociais e as manifestações de rua²⁰ podem ser acionados e valorizados, a fim de agilizar demandas lentificadas pela burocratização. Desse modo, o autoritarismo, cooptação política e pouco apoio da comunidade requerem um longo prazo para superação, ora sustentado pelo projeto político individual,²¹ ora pela desinformação e pouca orientação sobre o exercício do controle social. O efetivo exercício do controle social é dependente de um conjunto de ações que se complementam entre a participação institucionalizada e a não institucionalizada, definindo-se através da subjetividade, relações interpessoais, o espírito de justiça social, a busca

Referências

1. Bravo MIS, Correia MVC. Desafios do controle social na atualidade. *Serv Soc Soc.* 2012; 109: 126-150.
2. Shimizu HE, Moura LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde soc.* 2015; 24(4):1180-1192.
3. Bispo Junior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2013; 18(1):7-16.
4. Lavallo AG, Houtzager PP, Castello G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. *Lua Nova* 2006; 67:49-103.
5. Busana JA, Heidemann TSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto contexto enferm.* 2015; 24(2):442-449.
6. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde debate.* 2016; 40:25-38.
7. Andrade GRB, Vaitsman J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Piraí, RJ (2006). *Ciênc saúde coletiva.* 2013; 18(7):2059-2068.
8. Melo RC, Possa LB. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. *Saúde em Redes.* 2016; 2(4):393-408.

do interesse coletivo e de novos representantes criativos e problematizadores.²⁰

Considerações finais

Cabe considerar que o pouco tempo de atividade de alguns Conselhos Locais de Saúde foi uma limitação do estudo, de modo que tal intervalo de tempo pode ser considerado insuficiente para a construção de reflexões, críticas e concepções sobre o exercício de ser conselheiro. Entre os aspectos positivos e negativos que permeiam o ser conselheiro local de saúde, é recomendável o desenvolvimento de atividades de educação permanente direcionadas a todos os atores envolvidos: comunidade em geral, trabalhadores e gestores de saúde/prestadores de serviços. Contudo, a curto e médio prazo, os defensores do direito à saúde necessitam de outros meios para a reversão do quadro de autoritarismo e cooptação política experimentados nos CLS. Acredita-se que, em paralelo às ações dos conselhos de saúde, diferentes mecanismos de participação social devem ser agenciados, principalmente aqueles que assumem posicionamentos desinstitucionalizados e mantêm posição externa ao Estado, como os Fóruns Populares de Saúde.

- ⁹. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SC. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des) caminhos da participação social. *Trab educ saúde*. 2016; 14(3):679-698.
- ¹⁰. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [internet]. [citado em 27 mar. 2014]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>>.
- ¹¹. Vale PRLF, Oliveira OD, Jesus WN, Santos AS, Lima MM. Construção do controle social no município de Feira de Santana – Bahia: o processo de descentralização. *Rev eletr gestão saúde*. 2014; 5(2):381-397.
- ¹². Secretaria Municipal de Saúde (Feira de Santana). Conselho Municipal de Saúde. Ata da 168ª reunião ordinária. Feira de Santana; 2007.
- ¹³. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
- ¹⁴. Secretaria Municipal de Saúde (Feira de Santana). Conselho Municipal de Saúde. Regimento dos Conselhos Locais de Saúde do Município de Feira de Santana. Feira de Santana; 2008.
- ¹⁵. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2002; 7(3):537-547.
- ¹⁶. Vélez OR, Romero RV. Participación social y comunitaria em Atención Primaria de Salud – APS. Bogotá: para la muestra un botón. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2009; 8(16):153-64.
- ¹⁷. Valla VV, Stotz EN (Org.). Educação, saúde e cidadania. Petrópolis: Vozes; 1994.
- ¹⁸. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc*. 2012; 21(1):138-151.
- ¹⁹. Paiva FS, Van Stralen CJ, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(2):487-498.
- ²⁰. Escorel S, Arouca LE. Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde debate*. 2016; 40:39-48.
- ²¹. Jaime SF. Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿una relación virtuosa? *Rev Gerenc Polít Salud*. 2016; 15(30):38-5.