

**Juliara Bellina Hoffmann**

**ÉTICA E CONTROLE SOCIAL NO SUS:  
PROBLEMAS VIVENCIADOS POR CONSELHEIROS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Mirelle Finkler, Dr<sup>a</sup>.**

**Florianópolis, 2015.**



**Juliara Bellina Hoffmann**

**ÉTICA E CONTROLE SOCIAL NO SUS:  
PROBLEMAS VIVENCIADOS POR CONSELHEIROS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Mirelle Finkler

**Florianópolis, 2015.**

Hoffmann, Juliara Bellina

ÉTICA E CONTROLE SOCIAL NO SUS : PROBLEMAS VIVENCIADOS  
POR CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE / Juliara Bellina  
Hoffmann ; orientadora, Mirelle Finkler - Florianópolis,  
SC, 2015.

238 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Ética. 3. Sistema Único de Saúde  
(SUS). 4. Controle Social. 5. Conselho Municipal de Saúde.  
I. Finkler, Mirelle. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III.  
Titulo.

**Juliara Bellina Hoffmann**

**ÉTICA E CONTROLE SOCIAL NO SUS:  
PROBLEMAS VIVENCIADOS POR CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Florianópolis, 27 de fevereiro de 2015.**

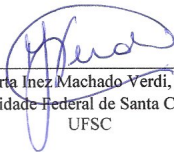


Izabel Cristina Santos Almeida, Dr<sup>a</sup>.  
Coordenadora do Curso

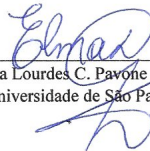
**Banca Examinadora:**



Mirelle Finkler, Dr<sup>a</sup>.  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Marta Inez Machado Verdi, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina –  
UFSC



Elma Lourdes C. Pavone Zebóli, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade de São Paulo – USP



Daniela Lemos Carcereri, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina –  
UFSC



Rita de Cássia G. Souza Lima, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade do Vale do Itajaí -  
UNIVALI



Dedico essa Dissertação àqueles que, munidos de críticas construtivas e do amor incondicional, alimentam a esperança de um mundo melhor.





## AGRADECIMENTOS

À UFSC, Universidade pública, gratuita e de qualidade, por proporcionar a minha formação profissional e pessoal, principalmente ao conceder espaços de formação transdisciplinar;

Às reitoras Roselane Neckel e Lúcia Helena Martins Pacheco, que, não sem muitas dificuldades, militaram com fibra e doçura por uma UFSC melhor;

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, que me apoiou e incentivou tanto quanto possível. A coordenadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Izabel Cristina Santos Almeida, por mostrar todo o poder de transformação, rigor e cuidado de que as mulheres são capazes. A secretária Ana Maria Vieira Frandolozo, pelo ser sempre presente. E, especialmente, aos professores da área de concentração de Odontologia em Saúde Coletiva, por, desde a graduação, ampliarem tão lindamente os horizontes do meu mundo;

À querida orientadora desta dissertação, Mirelle Finkler, por ter me aceitado para sua orientação, introduzindo maravilhosamente os caminhos da Bioética no meu estudo e na minha vida, por tecer junto comigo cada novo passo, por dar asas às ideias e rigor às concretizações, por seus incentivos contínuos ao meu aprimoramento e a minha autonomia, pelas análises experientes acerca deste trabalho, por seu cuidado, carinho e amizade e principalmente, por ser coerente com ela mesma, exemplificando com mestria o que é uma atuação ética, e, como não poderia ser diferente, o que é realmente ‘ser’ humano;

A todos os autores que referenciei neste estudo, que por meio da palavra escrita inspiraram cada linha desta dissertação, e que de fato transformaram quem eu sou e o meu papel neste mundo.

A CAPES, pelo financiamento deste estudo através de bolsa de mestrado.

Às professoras Eliane Regina P. Nascimento e Mara Ambrosina de Oliveira Vargas pelas pertinentes contribuições no processo de construção desta dissertação, e aos professores que colaboraram com a análise do instrumento empregado nesta pesquisa: Ana Lúcia S. Ferreira de Mello e Marta Verdi.

Aos conselheiros municipais de saúde selecionados para a pesquisa, por sua receptividade e abertura que favoreceram não só uma adequada coleta de dados, mas também momentos de profunda cumplicidade;

Aos colegas de mestrado e doutorado da turma de Odontologia em Saúde Coletiva 2013, por serem companheiros nas alegrias e

incentivadores nas dificuldades, e acima de tudo, por serem modelos de amor genuíno à saúde pública;

Às professoras Daniela Lemos Carcereri, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, Marta Verdi e Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima por aceitarem participar desta banca de defesa, dedicando seu trabalho e seu tempo a esta dissertação, contribuindo nesta busca contínua por excelência.

Aos meus amigos de coração, da Terra da Cebola e da Ilha da Magia, que aguentaram, não sem se rebelar, todas as minhas ausências nestes dois anos, mas que, sobretudo, torcem pelo meu sucesso e sonhos. A vocês dedico todos os meus esforços por um mundo melhor;

Um agradecimento especial à minha irmã de coração Laís Miguel, por seu incentivo integral, pela sua presença sempre, mesmo que fisicamente distante e por me mostrar que a vida sempre pode ser mais alegre do que já é;

A Aline, Fernanda, e Diego, por me proporcionarem um lar tão amoroso, mesmo tão longe de casa;

Ao Dudu, por ser meu maior exemplo de amor incondicional, por todo carinho, paciência e incentivo, pelos diálogos férteis sobre o tema desse estudo e pela sua prática diária de transformação do mundo.

A Ani, Lice e Raphael, por serem os melhores irmãos que eu poderia ter. Aos meus queridos pais Tania e Marcos, por serem exatamente quem são, proporcionando-me ser exatamente quem eu sou. E por tanto amor.

À humanidade, por enfrentar à barbárie diariamente, dando sentido a minha missão neste mundo.

“O homem tem a capacidade de aprender não apenas para se adaptar, mas, sobretudo, para transformar a realidade.”

Paulo Freire



## RESUMO

Este estudo abordou os problemas éticos dentro do espaço de participação social no sistema público de saúde brasileiro, o SUS (Sistema Único de Saúde). Seu objetivo foi compreender como os problemas éticos vivenciados pelos conselheiros municipais de saúde podem interferir no Controle Social do SUS. A identificação, categorização e análise destes problemas auxiliaram a entender os fatores que contribuem para a sua existência, bem como refletir sobre o papel da Bioética no enfrentamento dessas dificuldades. Para tanto, o marco teórico metodológico contou com os referenciais conceituais da Cogestão, Deliberação Moral, Bioética Social e o modelo de Vazios Paradigmáticos. Esta pesquisa foi realizada de forma qualitativa, em um estudo de caso único. Na primeira etapa realizou-se a análise documental de onze atas de um Conselho Municipal de Saúde (CMS) de uma cidade de médio porte do sul do país. A segunda etapa contou com a observação não-participante das reuniões deste mesmo CMS, com anotações no Diário de Campo. A terceira etapa foi a de entrevistas com os conselheiros municipais de saúde, contando com o auxílio de um Roteiro de Entrevista. Os resultados desta triangulação de dados foram transcritos para o software Atlas.ti® 7.1.8, que possibilitou a organização e codificação do conteúdo. A análise dos dados se deu a partir da sua ordenação em três supercategorias provindas do marco conceitual: os Vazios de Responsabilidade Legal, o Vazio de Educação Permanente e o Vazio de Consciência de Cidadania. Estes Vazios representam desafios que ao serem enfrentados diminui-se a distância entre a teoria do que deveria ser e a realidade do que realmente é. Os resultados evidenciaram a realidade dos problemas e conflitos éticos vivenciados pelos conselheiros municipais de saúde, confirmando a hipótese inicial de que os problemas éticos podem interferir no Controle Social do SUS, dificultando a consolidação e efetivação desses espaços de participação democrática. O diálogo entre os dados coletados, os argumentos dos autores do marco conceitual e as percepções da pesquisadora apontaram uma série de desafios que precisam ser assumidos pelos conselheiros, pelo Estado e pela própria sociedade na busca pela excelência do Controle Social e de suas decisões eticamente comprometidas. As estratégias propostas estão embasadas nos valores que fundamentam a construção coletiva, a deliberação moral e a educação ética. Neste sentido, o estímulo a uma cultura da cidadania torna-se imperioso para qualificar os espaços de participação social, considerando as reflexões bioéticas como forma de

aumentar a capacidade crítica da população, estabelecendo um instrumento social e político para a democracia.

**Palavras-chave:** Ética. Bioética. Problema ético. Deliberação Moral. Controle Social. Conselho Municipal de Saúde. Participação Social. SUS.

## ABSTRACT

This study has addressed the ethical problems within the social participation in the Brazilian system of public health, the Unified Health System (SUS). Its goal was to comprehend how the ethical problems experienced by the municipal health counsellors may interfere in the Social Control of SUS. The identification, classification and analysis of these problems have helped better understanding the factors that contribute to their existence and also to think over the role of Bioethics when facing these difficulties. Thus, the methodological theoretical framework included the concepts of co-management, Moral Deliberation, Social Bioethics and the model of Paradigmatic Emptiness. This research was carried through a single case study, analyzed qualitatively. The first stage was the documentary analysis of eleven meeting minutes of a Municipal Health Council (CMS) from a medium city in the south of Brazil. The second stage included non-participating observations of the CMS meetings, with notes in the Field Journal. The third stage took place in interviews with municipal health counsellors, with the aid of an Interview Guide. The results of this data triangulation were transcribed to the software Atlas.ti® 7.1.8, which supported the organization and codification of the content. The data analysis was made through its classification in three categories which were stemmed from the conceptual framework: The Emptiness of Legal Responsibility, the Emptiness of Continuing Education and the Emptiness of Consciousness of Citizenship. Each “emptiness” represents a challenge understood as a gap between a theoretical ideal and reality. The more the challenges are faced, the more this gap decreases. The results showed the reality of ethical problems and conflicts experienced by the municipal health counselors, confirming the initial hypothesis that the ethical problems can interfere in the Social Control of SUS, making it difficult to consolidate these spaces for democratic participation. The dialogue between the collected data, the arguments from authors of the conceptual framework and the researcher’s perceptions pointed out a number of challenges that need to be assumed by the counselors, by the State and by society itself in the pursuit for excellence of Social Control and its ethically compromised decisions. The proposed strategies are based on the values that underlie the collective construction, the moral deliberation and ethical education. In this sense, encouraging a culture of citizenship becomes imperative to better develop (qualify) spaces for social participation, considering the Bioethics thoughts and considerations in

order to increase the critical acumen, establishing a social and political tool for democracy.

**Keywords:** Ethics. Bioethics. Ethical problem. Moral deliberation. Social control. Municipal Health Council. Social Participation. SUS.



## LISTA DE QUADROS:

Quadro 1 – Dimensão Pedagógica: O Vazio da Educação Permanente. Capacitação: Clichês, Ingenuidade e Paternalismo.....	70
Quadro 2 – Dimensão Pedagógica: O Vazio da Educação Permanente. Linguagem, comunicação, diálogo, deliberação.....	71
Quadro 2 – Dimensão Pedagógica: O Vazio da Educação Permanente. Linguagem, comunicação, diálogo, deliberação (continuação).....	72
Quadro 3 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal. Concentração de Poder, Enfrentamento e Autonomia: A atual prática da Cultura Política.....	73
Quadro 4 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal. Secretário - Presidente: Uma prática do Poder Instituído, um Conflito de Interesse.....	74
Quadro 5 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal. Hierarquia: O Espírito Competitivo.....	75
Quadro 6 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal. Relação entre os Segmentos: O Pensar-Agir Dicotômico-Dilemático...76	
Quadro 7 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal. Articulação versus a Imobilidade da Sociedade Civil.....	77
Quadro 8 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal. Papel do Controle Social: Para Além do Pragmatismo Imediatista.....	78
Quadro 9 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal. Profissionalização: Maior Legitimidade?.....	78
Quadro 10 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania. Representação: A Aproximação de Valores.....	79
Quadro 11 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania. Participação: Por uma “Re-valorização” dos Valores Democráticos.....	80

Quadro 12 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania. Visão do Coletivo: Saber-se e Se Sentir Cidadão.....	81
Quadro 13 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania. Saúde Pública: O Olhar da Colonialidade.....	81
Quadro 14 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania. Eficiência: O CMS como Possibilidade de Transformação Social.....	82
Quadro 15 – Problemas Éticos encontrados na Supercategoria do Vazio de Educação Permanente, e distribuídos nas suas respectivas categorias .....	114
Quadro 16 – Problemas Éticos encontrados na Supercategoria do Vazio de Responsabilidade Legal com suas respectivas categorias.....	168
Quadro 17 – Problemas Éticos encontrados na Supercategoria do Vazio de Consciência de Cidadania e distribuídos nas suas respectivas Categorias.....	196

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
	2.1 <i>Objetivo Geral.....</i>	<i>31</i>
	2.2 <i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>31</i>
<b>3</b>	<b>MARCO CONTEXTUAL.....</b>	<b>33</b>
	3.1 <i>Dos Conselhos de Saúde e do Controle Social.....</i>	<i>33</i>
<b>4</b>	<b>MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>39</b>
	4.1 <i>Da Ética, da Moral e dos Valores.....</i>	<i>39</i>
	4.2 <i>Da Bioética e da Cidadania.....</i>	<i>43</i>
	4.3 <i>Referencial de análise.....</i>	<i>49</i>
	4.3.1 <i>Sobre humanização e cogestão.....</i>	<i>49</i>
	4.3.2 <i>Deliberação moral.....</i>	<i>51</i>
	4.3.3 <i>Bioética social.....</i>	<i>53</i>
	4.3.4 <i>Vazios paradigmáticos.....</i>	<i>55</i>
<b>5</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>59</b>
	5.1 <i>Desenho do estudo.....</i>	<i>59</i>
	5.2 <i>Participantes do estudo.....</i>	<i>60</i>
	5.3 <i>Cenário do estudo.....</i>	<i>61</i>
	5.4 <i>Coleta de dados.....</i>	<i>62</i>
	5.5 <i>Organização dos dados.....</i>	<i>63</i>
	5.6 <i>Análise dos dados.....</i>	<i>64</i>
	5.7 <i>Aspectos éticos.....</i>	<i>66</i>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>69</b>
	6.1 <i>Dimensão Pedagógica: o vazio da educação permanente.....</i>	<i>83</i>
	6.1.1 <i>Capacitação: clichês, ingenuidade e paternalismo.....</i>	<i>84</i>
	6.1.2 <i>Linguagem, comunicação, diálogo, deliberação: um processo ascendente.....</i>	<i>100</i>

6.1.3	A valorização dos meios frente aos fins. ....	114
6.2	<i>Dimensão Política: o vazão da responsabilidade legal</i> .....	115
6.2.1	Concentração de poder, enfrentamento e autonomia: a atual prática da cultura política. ....	115
6.2.2	Secretário - presidente: uma prática do poder instituído, um conflito de interesses. ....	127
6.2.3	Hierarquia: o espírito competitivo .....	133
6.2.4	Relação entre os segmentos: o pensar-agir dicotômico-dilemático 141	
6.2.5	Articulação <i>versus</i> a imobilidade da sociedade civil.....	147
6.2.6	Papel do Controle Social: para além do pragmatismo imediatista. 155	
6.2.7	Profissionalização: maior legitimidade? .....	161
6.2.8	Democratização do poder. ....	167
6.3	<i>Dimensão Cultural: o vazão da consciência de cidadania</i> .....	169
6.3.1	Representação: a aproximação de valores .....	170
6.3.2	Participação: por uma “re-valoração” dos valores democráticos. 177	
6.3.3	Visão do Coletivo: saber-se e se sentir cidadão. ....	184
6.3.4	Saúde Pública: o olhar da colonialidade.....	187
6.3.5	Eficiência: o CMS como possibilidade de transformação social	192
6.3.6	O bem comum na cultura da cidadania. ....	195
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>199</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>205</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>214</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>221</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento da saúde como um direito e um bem comum culminou em uma mudança paradigmática da sociedade, onde a saúde da população, coletiva ou individual, passou a ser questão de todos. A participação dos atores sociais nesse processo fez de atores passivos, atores ativos, e dos sujeitos individuais, atores coletivos. Foi dessa movimentação social que os conselhos de saúde emergiram como esferas de poder deliberativo sobre a agenda e as estratégias das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a relação entre sociedade e Estado por meio do controle social passou a legitimar a democracia participativa (BRASIL, 2006a).

O efetivo controle social dentro do SUS busca materializar o modelo de gestão participativa da saúde, procurando minimizar as situações de exclusão e desigualdades, dando oportunidade aos cidadãos de se manifestarem e participarem das decisões políticas. Essa característica peculiar dos conselhos de saúde efetua o direito da sociedade civil de expressar seus interesses, pressionando, fiscalizando e acompanhando as ações do Estado, empoderando esses atores sociais para o exercício da cidadania. De acordo com Batagello *et al.* (2011, p.627) o controle social se traduz pela

capacidade da sociedade civil de promover um enfrentamento moral que permite uma ponderação entre as decisões tecnicamente orientadas, as juridicamente balizadas e as socialmente desejadas.

Esse enfrentamento moral, traduzido pelo ato de desenvolver o questionamento e a reflexão ética sobre os mais variados temas da sociedade, tem sua importância melhor compreendida quando os indivíduos envolvidos no conselho se sentem pertencentes a uma comunidade. Quando os objetivos individuais daqueles que exercem sua cidadania concordam com os objetivos da própria comunidade, a necessidade de “ser moral” fica explícita (CORTINA, 2005b, p. 98).

Para os gregos ser “moral” era desenvolver sua capacidade política de atuação, sintonizando suas atividades pessoais com as necessidades da comunidade (CORTINA, 2005b, p. 98). O senso de pertencimento à cidade era tão aflorado e ao mesmo tempo tão óbvio nessa sociedade que seus cidadãos consideravam absurdo que seus negócios pessoais atrapalhassem os negócios da coletividade. Pelo contrário, as formas de negócios que pudessem contribuir para o bem comum eram procuradas,

e valorizadas, em primeira instância. Essa relação de essência entre lei e liberdade de escolha, formou a primeira democracia livre, a democracia dos gregos de Atenas. A obediência às leis escritas tinha igual importância, ou até menos, que a obediência às leis não escritas, às “leis morais”. Essa obediência às leis não escritas, das quais a transgressão não acarretava sentenças em tribunais, era condição basal para os cidadãos de Atenas se sentirem livres e pertencentes à comunidade. Assim, estes homens acatavam a bondade, a compaixão o altruísmo e todos os valores, que denominavam “virtudes”, como condições essenciais para a vida em sociedade (HAMILTON, 2001, p. 17-18). Pareciam-lhes evidente que para se ter um bom governo necessitavam-se como pré-requisito bons homens, homens virtuosos.

Como a necessidade moral está embasada no sentido de pertencimento comunitário, seu desenvolvimento ocorre concomitante ao desenvolver das relações sociais, da dialógica e da reflexão ética, onde as bases que fundamentam as tomadas de decisões deveriam estar claras para aqueles que detêm esse poder. Segundo Batagello (2011, p. 633), “a melhoria da qualidade de vida da população deveria ser considerada o valor moral norteador”, questão que deveria ser central para aqueles que detêm o poder decisório, como os conselheiros de saúde.

Assim, no momento em que a política democrática participativa não consegue fazer com que o discurso de interesse público encontre respaldo prático na realidade vivida pelos cidadãos, os conflitos morais produzidos na condução das políticas públicas se aprofundam (BATAGELLO, 2011). Para evitar este caminho, é necessário que o controle social não se afirme somente na sua legalidade, mas que procure se embasar nas “leis morais” da sociedade a qual pertence. Para tanto, os “bons homens”, os virtuosos, que compõem esse controle precisam ter seus objetivos individuais a serviço da coletividade.

Para se caminhar em direção a uma sociedade mais justa e igualitária onde os interesses coletivos e individuais coincidam, ou ao menos que os interesses individuais não se sobreponham aos coletivos, deve-se ter a ética norteadora os espaços de gestão social. De igual maneira, clarifica-se a necessidade de aperfeiçoamento das reflexões éticas desenvolvidas e estimuladas no meio político, principalmente no que concerne à esfera de relação Estado-sociedade, objetivando a ampliação do poder crítico-reflexivo dos atores envolvidos.

A reflexão ética é guiada pelos “valores” que um determinado indivíduo ou sociedade assume como “corretos” ou “bons”. Vale dizer que o conceito de “valor” é assumido pela ética como um modelo orientador das ações individuais (HOFFE, 2004). O conjunto de valores

e crenças presentes dentro de uma sociedade constrói, em um determinado contexto histórico, sua base moral. É sobre este olhar que se afirma que uma reforma política e cultural efetiva só seria possível se os valores de caráter competitivo, individualistas e autointeressados que predominam na moralidade da atual sociedade ocidental fossem substituídos por valores de solidariedade e cooperação (MENDES, 2001, p. 35 - 56).

Esses valores, solidários ou não, emergem na atmosfera das interações humanas, e não apenas do indivíduo em si. Deste modo os valores não são “metas a serem alcanças” e sim bases conceituais que podem ser desenvolvidas e valorizadas através de uma convivência mais humanizadora (MARIOTTI, 2000, p. 165-166). Assim, numa atmosfera social, de valores que se complementam, interagem e se reconstróem podemos optar por aqueles valores que humanizam, que nos tornam pessoas, e podemos decidir porque conquistamos certo grau de autonomia (CORTINA, 2003), a tão conceituada “liberdade” do mundo grego.

É essencial, portanto, que os cidadãos que possuem essa liberdade e que decidem em coletivo entendam o que é essa busca da qualidade de vida da população. Clarear seus critérios tem sido o objetivo de alguns estudiosos como a filósofa Adela Cortina. Suas reflexões apontam para a ampliação do pertencimento comunitário local a uma sociedade global, onde a busca dos mínimos de justiça é que seria o objetivo do Estado e das políticas públicas, para que então, por si só, cada cidadão seja capaz de buscar sua felicidade individual. Esses mínimos de justiça teriam critérios bem definidos, como o valor da igualdade, da solidariedade, do respeito ativo, da liberdade e do diálogo. Esses valores auxiliariam aqueles que decidem em nome de muitos, pois são valores morais universalizáveis e, portanto que fomentam uma necessidade coletiva, um bem estar global (CORTINA, 2005b).

Mesmo quando se busca em conjunto uma comunidade cosmopolita os valores que embasam a moral dessa sociedade vão sempre emergir dos indivíduos e de suas relações humanas em cada local e conforme estas evoluem, seja nas interações dos indivíduos entre si, destes com o Estado e/ou ambos com o ambiente em que se encontram, modificam-se também seu sistema de valores. Este fato, somado a rápida dinâmica do modelo econômico-político-ambiental, acaba por acarretar mudanças paradigmáticas sociais, de dimensão local e global (FINKLER, 2009).

Segundo Correia (2005), mudanças profundas nas bases sócio-políticas ocorreram na década de 1980 no Brasil, com a redemocratização do país, alimentadas pelos movimentos populares e culminando na

Constituição de 1988. Essas transformações, no entanto, sofreram um retrocesso já na década de 1990 com o advento da globalização e do “voto de mercado”. No fim das contas, o Estado investiu na “refilantropização” da assistência, onde bens comuns como a saúde passaram a sofrer ainda mais a lógica do livre mercado e as políticas sociais - dever do Estado - criaram o terceiro setor. Esse modelo de relação Estado-sociedade comandado pela lógica capitalista, acaba gerando uma “inversão de valores”, onde relações participativas, cooperativas e de confiança, típicas do antigo viver em comunidade, dão lugar a relações de apropriação/expropriação, competitividade, autoritarismo e desconfiança. Essas transformações se refletem no setor público e privado da sociedade, levando a uma emergência de conflitos éticos constantemente presentes.

Como estes valores que fundamentam a moral de diferentes sociedades contemporâneas comumente são reafirmados no dia-a-dia de suas instituições políticas, é na presença destes que se estruturam as relações de poder, definidas e assimiladas (por vezes assumidas) pelos indivíduos que deles tomam parte (SARMENTO, 2012). Deste modo, percebe-se que as sociedades ditas democráticas têm dificuldade na reforma de seus serviços públicos como o sistema de saúde, principalmente pela rede complexa e paradoxal que se forma entre os valores da sociedade e as normas adotadas para operacionalizar estes valores (MENDES, 2001). Tal questão foi pensada quando se propôs a Cogestão (CAMPOS, 2000) para superar as limitações da tradição gerencial na implementação e consolidação de políticas públicas, principalmente aquelas que buscam democratizar as instituições de saúde. Neste sentido, indaga-se sobre a possibilidade das organizações sociais produzirem liberdade e autonomia, superando o controle e a dominação atual. É nessa dificuldade de realizar valores que surgem os problemas éticos, quando da necessidade de se escolher entre diferentes valores que embasarão determinadas ações. Conforme Gracia (2014, p. 232) o problema ético se difere do conflito, pois os problemas vêm da necessidade pontual de se escolher um curso de ação, já os conflitos vêm do choque entre valores distintos, que não podem se realizar concomitantemente sem se afetarem.

A análise desses problemas e conflitos éticos, sejam decorrentes de fatos políticos, tecnológicos e/ou biológicos, são matéria de estudo da Bioética, que oferece recursos metodológicos e procedimentais para o manejo desses conflitos (OLIVEIRA, AYRES, ZOBOLI, 2011). De uma maneira geral, as relações, condutas e desafios que envolvem questões



éticas na preservação e no cuidado com a vida e, conseqüentemente, da própria área da saúde são abordados pela Bioética.

Nascida nos Estados Unidos da América, na segunda metade do século XX, a Bioética surge como um movimento cultural - aflorando em um período de explosão dos movimentos sociais, pós-segunda guerra mundial, com o objetivo de limitar as interferências que o rápido desenvolvimento das ciências, poderia impor à vida humana e à natureza. Os questionamentos constantes nesse terreno impulsionam o surgimento da Bioética enquanto uma disciplina - derivada da ética aplicada aos diversos campos, como o político, o ambiental e o da própria vida (FORTES, ZOBOLI, 2003, p. 11).

No Brasil foi somente sob a influência da reforma sanitária no final da década de 70, que a análise dos processos de saúde-doença incorporou uma dimensão social. No contexto latino-americano a Bioética passou a expressar essa preocupação (PORTO, GARRAFA, 2011). Esse enfoque social da Bioética passou a ser consolidado organicamente a partir da década de 1990, devido à necessidade de se considerar as diferentes realidades culturais e sociais, além das diversas formas de interpretação moral imbricadas nos problemas e conflitos éticos. Deste modo, o termo “Bioética Social” foi cunhado para abranger a produção teórica na Bioética voltada à saúde coletiva e à cidadania (HELLMANN, VERDI, 2012, p.52).

Se diretamente influenciado pelos estudos da Bioética Social ou não, a questão é que o processo de redemocratização brasileira guiou o país na direção da descentralização da gestão, onde os municípios passaram a tentar desenvolver uma política mais inclusiva, que também foi incorporada pelas políticas públicas de saúde. É alicerçada nessa peculiaridade política que a sociedade se infiltra e consolida o seu acesso ao processo de gestão da saúde, caracterizando a democracia participativa (MOREIRA, ESCOREL, 2009; SARMENTO, 2012, p. 108-122). E é nesse embricamento altamente complexo e necessário entre cidadania e políticas públicas, que se contextualizam os Conselhos Gestores de Saúde, instâncias colegiadas de controle social do setor saúde, cenário de disputas de poder e de interesses, um meio propício para a emergência de inúmeros conflitos éticos.

Correia (2005) sustenta que as barreiras existentes nos Conselhos Gestores para se atingir uma democracia participativa são inúmeras, como a falta de legitimidade na representação dos conselheiros, a desarticulação com suas bases, a fragilidade da mobilização das organizações representadas, a cooptação de lideranças em troca de favores, a pouca transparência dos gestores no uso dos recursos, a pouca visibilidade social

das ações dos Conselhos, além do descumprimento das deliberações por parte dos gestores. Estes apontamentos reforçam a necessidade inicial de reflexões éticas, seja na gestão, seja na clínica dos serviços de saúde, para que se possam superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente construir uma nova prática na atenção à saúde (BREHMER, VERDI, 2010).

Especialmente em se tratando dos Conselhos de Saúde, Wendhausen e Cardoso (2007) concordam que, há ainda muito que aprimorar, sendo a qualidade do processo decisório um destes aspectos. Portanto, a busca de conhecimentos, habilidades e atitudes que promovam a humanização da sociedade deveriam ser estimulados, através de capacitação permanente fornecida aos representantes destes conselhos, com o intuito de fomentar um processo decisório participativo, empoderado e ético. Além da falta de capacitação dos conselheiros, percebida no despreparo dos representantes do controle social, existem dúvidas quanto à eficiência do processo participativo. Wendhausen e Caponi (2002) demonstraram que o tipo de relação que se estabelece dentro das reuniões dos conselhos, entre os que “detêm o poder” e os que parecem não detê-lo, praticamente não tem permitido a existência de diálogo, aspecto fundamental para a deliberação nos processos decisórios:

Esses pontos de reflexão impõem-nos uma retomada da ética. Ética que nos faz resgatar essas situações cotidianas, aparentemente banais, como a da falta de diálogo neste conselho, mas em cujo espaço vão se repetindo pequenas violências, que apequenam cada vez mais o que temos de humano, impondo um “*ethos*” que nos leva apenas ao comportamento, que nos condena à massificação, que nos retira o agir, que é propriamente o que nos diferencia como humanos (2002, p. 1627).

Por conseguinte, se a construção democrática parte da concepção da igualdade e da participação coletiva nos processos decisórios que concernem o âmbito das políticas públicas é necessária a soberania e a participação de todos (SARMENTO, 2012, p. 108-122), ou seja, uma verdadeira política, uma política socializada com o fortalecimento do mecanismo deliberativo dos conselhos gestores. Este contexto indica uma ineficiência em diferentes aspectos do processo participativo. O que se propõe neste estudo é descortinar as deficiências da dimensão ética desses espaços político-institucionais.

Entende-se que propostas de aperfeiçoamento da qualidade decisória das reuniões dos conselhos de saúde só podem ser construídas

na medida em que se conhecem os problemas que se apresentam aos conselheiros, dentre os quais os de ordem moral, ainda pouco explicitados. Por conta disto, a proposta do presente estudo é compreender os problemas éticos vivenciados por conselheiros municipais de saúde, identificando-os e analisando os fatores que contribuem para a sua existência, bem como refletir sobre o papel da Bioética no enfrentamento dessas dificuldades.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como os problemas éticos vivenciados pelos conselheiros de um Conselho Municipal de Saúde podem interferir no Controle Social do SUS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar os problemas éticos vivenciados pelos conselheiros de um Conselho Municipal de Saúde.
2. Analisar os vazios pedagógico, cultural e político que permitem a presença de problemas de caráter ético.
3. Refletir sobre o papel da Bioética no enfrentamento dos problemas éticos analisados.



### 3 MARCO CONTEXTUAL

#### 3.1 DOS CONSELHOS DE SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL

O eco da democracia grega presente nas sociedades contemporâneas provém da antiguidade clássica, onde Atenas, apesar dos seus mecanismos peculiares de organização social e política, valorizou o componente educativo. Assim, na medida em que aqueles considerados cidadãos participavam ativamente das decisões políticas, aprendiam a dialogar publicamente sobre os interesses coletivos, e a respeitar as decisões tomadas nas então chamadas assembleias (SILVA, 1996), mantendo assim a ordem da *polis*.

Essa promoção do diálogo entre o poder público e a sociedade pode não ser inédita na história das civilizações, mas é sem dúvida um passo inovador e um grande desafio para a sociedade atual (BAPTISTA, 2008), principalmente pela ampliação de seus horizontes participativos com a cidadania sendo direito de todos.

No Brasil, esses espaços de diálogo se consolidam, dentre outros como as Audiências Públicas, nos Conselhos Gestores, que emergem das propostas de democratização e descentralização das políticas sociais (CORREIA, 2005, p. 40). Alinhada com o resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, juntamente com o Movimento Sanitário, promulga-se, em 1988 a Constituição Federal, denominada “Constituição Cidadã”, instituindo um novo, e peculiar, reordenamento do setor saúde, alicerçado no SUS (BALSEMÃO, 2002, p.2). Universalizou-se o direito à saúde e consagraram-se esses espaços de gestão democrática, com a possibilidade de participação realizada por diferentes sujeitos sociais.

No final dos anos 1990 com o mecanismo de descentralização das políticas públicas ocorreu uma reordenação da organização do SUS, remodelando sua operacionalização em busca da democratização da gestão e do acesso a bens, serviços e ações de saúde em todo o país (AGUSTINI, NOGUEIRA, 2010). A Lei Orgânica da Saúde no 8.080/90 determinou que a gestão, as ações e os serviços do SUS seguissem os princípios estruturantes e acordassem com as diretrizes previstas pela Constituição Federal para a política de saúde. Em ambos os casos, figurou a participação da sociedade. Regulamentando a Lei Orgânica de Saúde, a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, define as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias mandatórias que, em nível

nacional, estadual e municipal, objetivam o controle social civil na gestão do SUS (BRASIL, 2012a).

A participação de atores da comunidade nos processos de gestão do SUS foi denominada de Controle Social. Nos Conselhos de Saúde o controle social tem como atribuição a participação no processo de formulação de estratégias e no acompanhamento da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para tanto, os usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil que detêm 50% das vagas e os trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores que, juntos, contam com os outros 50%, devem promover o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo (BRASIL, 2012a).

Criados em 5.563 municípios brasileiros (BRASIL, 2012b), os Conselhos Municipais de Saúde, traduziram-se em pontes diretas entre a gestão global e o poder do conhecimento local, representando um importante passo para a democratização da política de saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam que a população próxima aos assentos das instâncias máximas de tomada de decisões, é uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional dando à sociedade o direito e dever de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação das políticas de saúde.

As reuniões deliberativas dos Conselhos de Saúde, tanto no nível federal e estadual, como no municipal, devem ocorrer ao menos uma vez por mês, podendo intercorrer reuniões extraordinárias. Esses encontros são presididos, na sua maioria, pelos gestores do SUS, sendo que apenas alguns conselhos conseguem eleger internamente seus presidentes. Na esfera federal, o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) é o Ministro da Saúde, e nos estados, à exceção do Rio Grande do Sul, todos são presididos pelos Secretários de Estado da Saúde. Já nos municípios observa-se um avanço na questão da presidência dos conselhos, entrando em debate o caráter democrático desse cargo, já que, quando o presidente do conselho é o próprio gestor do SUS, ele torna-se fiscal de si mesmo, homologando as resoluções que ele mesmo assina como presidente. Esse impasse vem sendo debatido nas plenárias de Conselhos e Conferências de Saúde, para que se legitime o caráter fiscalizador democrático dos conselhos (BALSEMÃO, 2002, p.7-9).

A capacitação dos conselheiros de saúde também tem sido um assunto constante nas pautas das Plenárias Nacionais, em especial a capacitação do segmento dos usuários (BALSEMÃO, 2002, p.9-10), solicitada pelos próprios conselheiros representantes desse segmento (WENDHAUSEN, BARBOSA, BORBA, 2006; BOEIRA,



BUECKMANN, FERREIRA, 2007; MOREIRA, ESCOREL, 2009). De acordo com Bravo e Correia (2012), um dos desafios posto à prova, após a institucionalização do controle social, foi o cuidado para que este não se torne um mero aparelho de consentimento do Estado, que não se impõe, muito menos delibera, não contribuindo para alguma mudança nas relações Estado-sociedade civil.

Em um estudo que analisou a resolutividade e a efetividade do SUS, tendo como unidade de análise os participantes do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, evidenciou-se, a deficiência na organização, composição e representatividade desse conselho; nos encaminhamentos das deliberações dos mesmos; na definição do papel do conselheiro e na sua relação com a entidade que ele representa; e uma defasagem quanto aos fatores relativos ao referencial teórico metodológico e ético que orienta as ações dos conselheiros. Por fim, o estudo evidenciou que a participação popular e o controle social, que são condições essenciais para a efetivação das propostas do SUS, parecem ainda permanecer como expectativa e um grande desafio (GRISOTTI, PATRICIO, SILVA, 2010).

A questão da qualidade do processo deliberativo também é abordada no estudo de Wendhausen e Caponi (2002), onde as autoras demonstram o que denominam de “estratégia de silenciamento”, encontrada principalmente nas falas dos representantes do segmento governamental. Este tipo de discurso que “inibe” a linguagem dialógica nas reuniões é altamente prejudicial para um processo que se intitula deliberativo.

Moreira e Escorel (2009) demonstraram que muitas das problemáticas comuns aos CMS devem-se à dificuldade de se chegar a um consenso quanto às questões em pauta nas reuniões, onde o debate não alimenta a construção de um resultado em conjunto e sim tentativas de sobrepujar as opiniões que sejam diferentes das suas. Os autores concordam que apesar da essência democrática participativa da política de controle social do SUS, ainda caminha-se lentamente para a plena consolidação das instituições que tem como responsabilidade viabilizar a participação efetiva deste setor. Mesmo com as dificuldades estruturais e de gestão, os autores identificam que por institucionalizarem a participação da sociedade organizada nesse processo decisório das políticas sociais, os conselhos gestores ainda são os principais exemplos de espaço de participação social nas políticas públicas.

Para que esses espaços não se reduzam a uma razão instrumental, o processo de diálogo entre as três esferas que fundamentam o SUS, trabalhadores, gestores e usuários torna-se peça primordial. Na busca pela

melhoria da qualidade institucional e no seu reflexo na vida da sociedade, tanto o entendimento dessa necessidade dialógica quanto o próprio desenvolvimento do processo de deliberação são desafios atuais dos Conselhos de Saúde.

Pensando em todas essas dificuldades, principalmente voltadas para a efetivação da implementação de políticas públicas, Campos (2000) avaliou a necessidade de democratização institucional e de produção de modos compartilhados de gestão. Batizada de Cogestão (Campos, 2000) esta estratégia foi inicialmente pensada para diluir o poder e, conseqüentemente, as capacidades assimétricas de decisão dentro das instituições de saúde.

Essa forma de gestão horizontal tornou-se diretriz estruturante da própria Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006b) como forma de incentivo à expansão da participação social para além das instâncias formalizadas para o Controle Social, demonstrando a necessidade de: horizontalizar as decisões e humanizar as relações. A questão é entender que as próprias instâncias formalizadas, como os Conselhos de Saúde, não estão imunes a essas necessidades e, que também necessitam de valores que os norteiem assim como os próprios valores de autonomia, protagonismo, corresponsabilidade entre os sujeitos, e o estabelecimento de vínculos solidários consolidados na PNH (BRASIL, 2006b).

A humanização, já antes citada no plano dos valores necessários à democracia participativa, consolida sua necessidade emergente no plano do Controle Social como forma de balizar as decisões tomadas nessas instâncias de poderes e valores compartilhados, embasando o objetivo maior do bem comum a toda sociedade.

Uma problemática dessa concepção de Cogestão, refletida atualmente, é que essa forma de gestão horizontal foi pensada para incorporar os trabalhadores e não propriamente os usuários nos espaços coletivos em que se pretende intervir. Pensando nisso, concorda-se com Guizardi e Cavalcanti (2010):

Na medida em que se limita à dinâmica interna das equipes de trabalho (...) não se questiona suficientemente o funcionamento institucional (...). Sinalizamos, com isso, a necessidade de ampliar o conceito de Cogestão (...) a fim de ultrapassar as práticas de organização do trabalho, em direção à articulação em rede das atividades de produção de saúde no território (2010, p. 1251).

Trabalhar a ideia de uma gestão horizontalizada, com práticas dialógicas e fortemente fundamentada nos valores de humanização parece ser uma forma de ampliar a ideia de cogestão para todo o território, incluindo assim usuários (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010). Desta forma a Cogestão por si deve permear todos os espaços institucionais do SUS, incluindo os próprios conselhos de saúde, onde a proteção normativa já exige essa deliberação horizontal entre os segmentos, cabendo aos conselhos explicitarem os valores que os embasam enquanto esfera decisória.

Deste modo, o Controle Social já estabelecido no SUS, não foge às necessidades visualizadas pela PNH e a Cogestão, principalmente no enfrentamento cotidiano de problemas éticos relacionados aos diferentes valores necessários as tomadas de decisões, problemas estes que, se não dialogados, podem interferir na qualidade e efetividades das decisões tomadas.



## 4 MARCO CONCEITUAL

### 4.1 DA ÉTICA, DA MORAL E DOS VALORES.

A palavra ética refere-se aos costumes, condutas e comportamentos de um indivíduo dentro de uma sociedade. É o conhecimento, obtido por meio da dialógica reflexiva, que pretende orientar a formação de um caráter justo, íntegro e humanizado. Etimologicamente as palavras “ética” e “moral” têm significados semelhantes, sendo comum o emprego de uma pela outra (CORTINA, 2003, p.15). Contudo, ética trata-se de um saber filosófico que se utiliza da reflexão sobre o caráter, sendo um fenômeno abrangente, universal e generalizável. Já a moral, se refere à formação do caráter na vida cotidiana, relacionada a fenômenos culturais específicos, envolvendo os valores de cada grupo social (GARRAFA, PORTO, 2002, p.9). Enquanto a moral tenta conduzir as ações práticas dos indivíduos, tentando orientar para uma sociedade justa e feliz, as teorias éticas tentam responder questões mais filosóficas que deem conta de explicar e entender o fenômeno da moralidade (CORTINA, NAVARRO, 2005a, p. 51).

Como parte da Filosofia, a Ética é um tipo de saber que se tenta construir racionalmente, utilizando para tanto o rigor conceptual e os métodos de análise e explicação próprios da Filosofia. Como reflexão sobre as questões morais, a Ética pretende desdobrar os conceitos e argumentos que permitam compreender a dimensão moral (2005, p. 09).

Desde sua origem na filosofia grega, a ética trata de um saber normativo, ou seja, um saber que pretende orientar a conduta humana, que considera a moral uma conduta a ser recomendada (CORTINA, NAVARRO, 2005a, p. 104).

Quando em sociedade adjetivamos alguém de “pessoa ética”, na realidade estamos denominando o que conhecemos da sua conduta moral, estamos querendo demonstrar que tal pessoa possui uma conduta reflexiva diante das suas tomadas de decisões, reflexões que o permitirão ponderar qual a melhor conduta a ser seguida em determinado contexto de problema ético. A ética seria assim “um chamamento para o humano, uma forma de contraponto à violência da desigualdade”, seria uma “referência valorativa da centralidade do homem” no mundo

(SARMENTO, 2012, p. 112), da centralidade dos valores na moral, e da centralidade da moral na humanidade do próprio homem.

Toda reflexão ética implica uma análise entre a moral da sociedade e a moral própria, para que um “juízo moral” se estabeleça sobre determinado assunto. Essa reflexão dialógica (moral do indivíduo/moral da sociedade) que constitui em si a própria ética é fundamental à sociedade que objetiva a justiça social, pois nem sempre os valores mais valorizados, mais estimados, mais caros a uma sociedade são valores “humanizadores”.

Apesar do caráter polissêmico do termo “humanização”, podemos entendê-lo como um conceito transversal, que vem se consolidando no plano institucional das políticas de saúde e na própria organização do SUS. O conceito de humanização se afirma na criação de espaços de diálogo e de troca de saberes entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde. Diferente da concepção cristã de caridade anterior à década de 1980, que acabou dando suporte e justificando políticas paternalistas, o conceito de humanização procura consolidar a ética da reflexão sobre os modos de agir e pertencer ao coletivo, buscando sempre fazer “com o outro” e não “pelo outro”, na busca de alternativas adequadas às necessidades individuais e coletivas (BENEVIDES, PASSOS, 2005; SOUZA, MENDES, 2009).

Enxergando a humanização sob esta ótica de diálogo e construção coletiva, percebe-se que determinadas concepções morais, podem não ter passado por reflexões filosóficas, construídas solidamente através de inúmeros argumentos para se chegar numa determinada doutrina moral. Ou seja, a moral vigente pode ter sido construída sem passar pelo crivo da ética (CORTINA, NAVARRO, 2005a, p.10).

(...) consolidamos valores diferenciados, onde a justiça, a igualdade e a equidade veem sendo suplantadas por um totalitarismo mercantil (onde a competição, a segmentação e a seletividade são os traços que o definem), ou melhor, uma nova expressão ético-valorativa da sociedade contemporânea, muitas vezes encoberta pela generalização positiva de uma sociedade global (SARMENTO, 2012, p. 111).

Mas afinal de onde vêm esses valores? Que “bem” é esse que pretende guiá-los? Pensadores como Gracia (2011) afirmam que valorar determinados conceitos, modos de pensar e agir sempre foram uma necessidade biológica humana:

*Cuando las cosas son complejas, y no hay duda de que esto del valor lo es, nada mejor que tomarlas desde el principio, unico modo de verlas em perspectiva. En el caso de los valores eso nos obliga a retornas hasta los mismos orígenes de la especie humana. La valoración es en el ser humano una necesidad natural, um fenômeno biológico. Sin valorar, nuestra vida sería imposible. Y ello por razones de estricta supervivência (GRACIA, 2011, p. 9).*

De acordo com Gracia (2011), toda vez que o homem modifica o meio em que vive, humanizando-o, ou seja, transformando natureza em cultura, ele obrigatoriamente passa por um momento de projeção e de valoração, pois ele modifica algo para melhorar sua vida, para acrescentar valor a determinadas ações ou coisas.

*De hecho, la realización del proyecto no tiene otro objeto que el de añadir valor a las cosas. La cultura es ese depósito de valor. De ahí, concluye Zubiri, que el ser humano no se halle “ajustado” al medio, como el animal, sino que tenga que hacer, a través del proyecto, su propio ajustamiento. Es decir, tiene que “justi-ficarse”. Por eso, concluye Zubiri, el ser humano no es una realidad “natural” sino “moral” (GRACIA, 2011, p. 11).*

Se, ainda de acordo com Gracia (2011), toda cultura humana se fundamentou sobre processos de valoração é de se esperar que o conteúdo desses valores já tenha há muito, sido analisados pela Filosofia, embora com outros nomes, como as chamadas “virtudes” da filosofia clássica.

Para os filósofos da antiguidade clássica, as virtudes (o hábito de se exercitar/vivenciar determinados valores) eram qualidades “puras”, verdadeiras, transcendentas. Pensadores como Sócrates apostavam na busca pela verdade através da introspecção e do diálogo, onde cada ser humano encontraria dentro de si o “bem” que guiaria suas ações e moldaria suas virtudes. Para Platão e seu discípulo Aristóteles, a busca da eudaimonia (por vezes traduzida como felicidade) é que embasaria as virtudes ideais dentro de uma sociedade. Aristóteles acreditava que existe moral porque os seres humanos buscam a felicidade, e que para encontrá-la precisam das orientações morais, que trariam o entendimento de que virtudes qualificariam um caráter adequado para essa finalidade

(HAMILTHON, 2001, p. 88-91; CORTINA, NAVARRO, 2005a, p. 51-60).

As virtudes foram definidas por Aristóteles como “uma disposição de caráter a qual se distingue em duas “espécies”: intelectual, dada por meio do ensino, e moral, adquirida pelo hábito” (ARISTÓTELES, 1979). Estas reflexões iniciadas pelos filósofos gregos compõem hoje um dos grandes campos da Ética ou “Filosofia Moral”. Atualmente entendemos as virtudes como valores - qualidades que possuem profundo conteúdo (CORTINA, NAVARRO, 2005a, p.74), e que irão compor a “qualidade moral” de uma determinada população. Assim, conforme a sociedade opta (de forma consciente, ou não) por priorizar determinados valores, ela faz com que a moral vigente “balance” para uma determinada direção. Podendo a moral então “pender” para uma direção mais ou menos humanizadora, dependendo de quais valores essa comunidade assume ou “capta” como justificativa de suas ações.

É interessante destacar da filosofia ateniense, a sua concepção de não existência de realização individual separada da convivência em sociedade. Para aqueles gregos, a “*polis*” (cidade) ideal, só poderia ser alcançada por meio de uma comunidade que entende esse entrelaçamento entre individual (pré-determinado pela posição social) e coletivo e que serve a sua cidade de acordo com todos os valores de que ela necessita para seu pleno bem comum. Esse entendimento de doar o melhor de si para “servir” a comunidade fez com que alguns gregos - aqueles pré-determinados - fossem os primeiros verdadeiros “cidadãos” da história<sup>1</sup>. Estes homens eram assim chamados por participar ativamente da política de sua polis, entendendo que não haveria plenitude para um único cidadão se o bem comum de toda a comunidade não fosse antes atingido (HAMILTON, 2001, p. 24).

Foi sob esse fundamento que a Grécia investiu na educação, entendendo esta como sendo o sentido de todo o esforço humano. Assim, a educação era pensada como parte ativa do desenvolvimento da sociedade, sendo a formação do homem grego, a Paidéia, parte indissociável da vida comunitária em todos os seus aspectos, político, econômico, social, e moral (JAEGER, 1994):

(...) uma vez que o desenvolvimento social depende da consciência dos valores que regem a vida

---

<sup>1</sup> Não aceitando a discriminação social e de gênero presente na época, mas focando na concepção da responsabilidade daqueles que eram considerados cidadãos.



humana, a história da educação está essencialmente condicionada pela transformação dos valores válidos para cada sociedade. À estabilidade das normas válidas corresponde a solidez dos fundamentos da educação (1994, p.5).

Sob esse olhar, percebe-se que a sociedade grega não enxergava de forma desconectada os valores morais e políticos. Essa permeabilidade dos valores morais da sociedade para dentro das instituições políticas pode ser observada atualmente por meio das políticas de participação social, onde muitas vezes podemos observar conflitos na reaproximação desses valores (sociais e institucionais), principalmente pelo próprio distanciamento histórico entre os desejos da sociedade e as decisões públicas.

Essa ontologia de conceitos que se enlaçam e se aprimoram, deve ser compreendida para que se perceba a necessidade do desenvolvimento moral desses cidadãos que participam, para que os mesmos possam colaborar nas tomadas de decisões políticas e públicas de forma ética, com base em valores apropriados para a melhoria da qualidade de vida, principalmente pelo provimento dos mínimos de justiça a toda população.

## 4.2 DA BIOÉTICA E DA CIDADANIA

A resolução das questões advindas da distância entre o conteúdo teórico da lei e a realidade prática da gestão do SUS, é um dos problemas concretos desse sistema de saúde altamente complexo e inclusivo. A própria deliberação acerca da consolidação de um sistema de saúde qualificado e empoderador da sociedade, capaz de lidar com os conflitos éticos decorrentes dos problemas sociais e econômicos persistentes, mostra-se como uma metodologia orientadora para o estabelecimento de um sistema equânime e promotor de justiça social.

(...) os conceitos de ética e política, democracia e cidadania, bem privado e bem público não são conceitos que se opõem, mas que se complementam. Nesse sentido, é possível afirmar que a ética e a política se fundem em um único propósito, ou seja, o de promover o bem comum ou o bem público (BAPTISTA, 2008, p. 14).

Consolidar esse bem comum igualmente impulsiona a relação entre a ética (enquanto reflexão sobre a moral) e a própria vida, sendo esta

interface um campo fecundo para o surgimento da Bioética na América Latina, onde a qualidade de vida, envolvendo toda a complexidade das relações indivíduo, sociedade e ambiente, torna-se o “bem comum” maior do enfoque bioético.

Da mesma forma que a saúde pública vem agregando ao longo dos anos o conhecimento de diversas áreas das ciências, a Bioética repete essa trajetória transdisciplinar, fortalecendo-se no propósito de transformação social, descrevendo, analisando e buscando soluções aos “impasses éticos que se antepõem à saúde, na acepção ampla de qualidade de vida” (PORTO, GARRAFA, 2011, p. 721).

Um pouco diferente do que se transformou nos moldes latinos, a Bioética nascida no começo da década de 1970 nos Estados Unidos, teve sentido de “ética da sobrevivência”, tendo o médico oncologista Van Rensselaer Potter reconhecido como o criador desse termo na língua inglesa. Preocupado com a relação entre a qualidade de vida e os avanços do conhecimento humano, Potter pretendia fundar uma ciência que unisse “valores éticos e fatos biológicos”, entendendo seus limites “a fim de fazer recomendações no campo das políticas públicas” (POTTER, 1970, *apud* SCHRAMM, 1997, p. 127-131).

Outro grande contribuinte para o desenvolvimento da Bioética foi André Hellegers (REICH, 1978; 1994; 1995; 1996, *apud* SCHRAMM, 1997), que se preocupou em institucionalizar esse novo campo da ética (uma ética menos holística do que a de Potter), considerada uma ética aplicada ao ramo acadêmico-disciplinar (SCHRAMM, 1997). Independente das bases que fundamentam cada um dos ramos de surgimento da Bioética, tanto as motivações de Potter como as de Hellegers foram influenciadas pelo contexto histórico do pós Segunda Guerra Mundial, onde a preocupação com os Direitos Humanos afluía nas mesas de debates dos cientistas e políticos internacionais e agregava forças para o desenvolvimento do conceito. A preocupação com o avanço das ciências, principalmente as ciências biomédicas fez com que a Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental, estabelecida em 1974 pelo congresso Norte-Americano, delimitasse critérios para nortear as pesquisas que envolvessem a vida humana. O relatório publicado pela comissão determinou os princípios éticos fundamentais para direcionar condutas consideradas aceitáveis nos estudos científicos: o princípio da autonomia, da beneficência e de justiça. O quarto princípio da não maleficência, foi incorporado posteriormente, formando um “pacote” que se denominou Bioética Principlista, (CARNEIRO *et al.*, 2010; PORTO, GARRAFA, 2011).

A bioética latino-americana evoluiu num processo que durou cerca de 30 anos e envolveu a recepção, assimilação e a própria recriação do conceito de Bioética, originalmente provinda dos Estados Unidos. O resultado disso, o modelo bioético latino-americano obteve uma identidade ética regional distinta (MAINETTI, PEREZ, 2007).

O modelo latino-americano enfatiza um *bios* humano e um *ethos* comunitário. Isso porque a Bioética é agora mais um movimento político ou de reforma social do que uma disciplina acadêmica limitada ao campo dos cuidados de saúde. Na Bioética latino-americana, os princípios de solidariedade e de justiça desempenham o papel central que a autonomia tem na Bioética norte-americana (MAINETTI, PEREZ, 2007, p. 41).

Os pioneiros na América Latina entendiam que não poderiam simplesmente refletir o modelo norte-americano (ou europeu) pelo fato desse ser totalmente alheio à realidade de seus países, assim acabaram integrando essa aproximação das humanidades com as ciências adaptando-a aos seus próprios contextos socioeconômicos (LEGARDA, 2007, p. 333).

Para que se enfrente de modo mais adequado toda essa gama de questões, ao invés de simplesmente importar referenciais éticos procedentes de outras realidades, é mais adequado que cada país ou região do mundo interprete e atue em seus problemas ou situações moralmente conflitivas de acordo com seus próprios contextos sociais, culturais, econômicos, biológicos (GARRAFA, 2012, p. 37).

Garrafa (2000, p. 722) aponta que o Brasil demorou mais de vinte anos para incorporar formalmente a Bioética como um campo de estudos e mais outros tantos para começar a rever e adaptar as propostas discutidas mundialmente ao contexto do país: "a Bioética brasileira é tardia, tendo surgido de forma orgânica somente nos anos 1990". De qualquer forma, Garrafa, Kottow e Saada (2006) defendem que a discussão voltada para a Bioética, vem para contribuir com a busca de respostas equilibradas para as questões biomédicas e sanitárias, no campo de atenção pública à saúde.

Apesar da demora da Bioética em se consolidar como campo de estudos no Brasil, a saúde pública brasileira se destacou no cenário global, principalmente devido à efervescência política que a caracterizou, durante

o Movimento da Reforma Sanitária, e que levou à união de movimentos sociais, intelectuais e políticos em prol da mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (MENDES, 1994). Com a Reforma, tornou-se imprescindível que a ética e a Bioética fossem incorporadas objetivamente na construção de políticas públicas de saúde, principalmente dentro do próprio funcionamento do SUS (VERDI, 2010).

De maneira geral, pode-se dizer que esses esforços para contextualizar e sistematizar o referencial bioético no Brasil partiam de uma ponderação entre não se adotar de maneira irrestrita e irreflexiva as perspectivas principialistas ao mesmo tempo em que se introduzem conceitos da saúde coletiva, buscando assim responder aos seus conflitos locais, muitos dos quais emergiam da nova forma de atenção proposta pelo SUS. Assim, questionava-se a perspectiva individualista do modelo norte-americano, que deixava de “perceber, admitir ou ponderar sobre a ética e os juízos morais em saúde na dimensão coletiva” (PORTO, GARRAFA, 2011, p 724).

Desta maneira desenvolve-se nos países latino-americanos, mais especificamente no Brasil, a Bioética Social, surgida do campo fecundo de necessidades, tal como o é, os países em desenvolvimento. Esse enfoque social faz parte da ampliação do campo teórico da Bioética, onde a realidade social e cultural local das regiões estudadas, levando em conta a justiça social, a cidadania, a equidade e o reconhecimento da finitude dos recursos naturais, passou a ter valor inequívoco para entender as diferentes formas de interpretação moral presentes nos conflitos éticos estudados (GARRAFA, 2005a *apud* HELLMANN, VERDI, 2012).

A Bioética Social é um agrupamento de referenciais de análise composto por autores que reconhecem a importância do cunho social em seus discursos e a necessidade de transformar a prática, no qual a saúde coletiva se embasa no conceito de saúde integral, entendida como a plena capacidade individual e coletiva de realizar o potencial humano, permitindo o acesso de todos aos bens gerados em sociedade:

A Bioética Social apoia-se em um discurso crítico e comprometido, caracterizando-se não apenas enquanto instrumento de análise e exploração da realidade, mas também meio que tem por dever oferecer formas de intervenção, e apontar caminhos para que todos tenham acesso aos benefícios do desenvolvimento (HELLMANN, VERDI, 2012, p. 53).

Dentre os diferentes referenciais teóricos que inspiram a Bioética Social encontram-se a Bioética Cotidiana, a Bioética da Intervenção e a Bioética da Proteção (HELLMANN, VERDI, 2012). Essa ampliação da Bioética permitiu incorporar nos seus estudos situações cada vez menos individuais e mais coletivas, introduzindo questões da saúde e das políticas públicas, e integrando os próprios sistemas de saúde a essas discussões.

Segundo Garrafa (2012), os conflitos éticos que se apresentam aos administradores de saúde são cada vez mais frequentes, e vão desde a prioridade na distribuição de recursos (muitas vezes insuficientes), até problemas gerados pela aplicação universal de tecnologia de ponta.

Em uma pesquisa realizada em um município de Santa Catarina, foram entrevistados gestores e trabalhadores da saúde quanto à prática do acolhimento dentro da atenção à saúde, demonstrando que existem contradições e distanciamentos entre a teoria dessa prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Segundo as autoras, a reflexão ética das situações problemas do cotidiano nos serviços de saúde torna-se essencial para superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente construir uma nova prática na atenção à saúde (BREHMER, VERDI, 2010). Este estudo aponta um despreparo por parte dos profissionais frente aos conflitos éticos vivenciados nas unidades básicas de saúde, o que pode sugerir a repetição deste mesmo despreparo também na tomada de decisão nas esferas de gestão do sistema.

Wendhausen (2007) defende que há uma deformação da realidade quando se acredita que o saber técnico é o único fator responsável e capaz de melhorar os níveis de saúde e qualidade de vida. A ocupação dos espaços de controle social pela sociedade civil organizada é imprescindível para a construção de políticas de saúde humanitárias e acessíveis, cada vez mais engajadas nas necessidades sociais.

Para o bioeticista Fermin Schramm a utilidade pública da Bioética para a resolução de dilemas morais, relativos à saúde e ao bem-estar humano já está mais do que reconhecida (SCHRAMM, 1997). Essa pertinência da necessidade de reflexão ética no sistema de saúde pública vem sendo cada vez mais evidenciado nos estudos que tratam da avaliação das reuniões dos conselhos de saúde.

De acordo com AGUDELO (2006), p.144, *apud* SARMENTO, 2012):

Não se trata apenas de compreender e ampliar os fundamentos acerca da Bioética (campo do saber), mas também situá-la como campo específico de

atuação na saúde pública, quando nos coloca em frente aos atores e suas interações políticas, jogos de poder, prioridades e transparência (2012, p. 117).

Para que a democracia participativa seja efetivada na gestão do SUS, é necessária a igualdade de poder, com soberania e participação de todos levando a uma socialização real da política. Essa socialização política exige reflexão e ponderação sobre os valores que fundamentam as tomadas de decisão pelos conselheiros incumbidos dessa responsabilidade, desse “responder com habilidade”. Gracia (2001a), pensando na deliberação para tomada de decisões clínicas, reforça:

*El proceso de deliberación exige la escucha atenta (...) el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario (2001a, p.20).*

Segundo Oliveira, Ayres e Zoboli, (2011) as decisões éticas devem ser concretas, partindo de diálogos cuidadosos que levem em conta as circunstâncias do fato e suas consequências. Ainda de acordo com os autores “a fundamentação chega ao nível dos fatos, mas a argumentação é feita no âmbito dos valores”.

Para tanto, a habilidade de tomar decisões frente aos problemas éticos que emergem das situações cotidianas é essencial para que a atenção à saúde mereça o qualificativo de excelente, não bastando a exatidão técnica, mas também a correta tomada de decisão ética, tanto por parte dos profissionais dentro das unidades de saúde, quanto dos gestores nas reuniões dos CMS (ZOBOLI, FORTES, 2004).

Garrafa (1995) reforça que a introdução da sociedade na gestão da saúde, remete à reflexão de que a implementação do SUS, em verdade, configura um processo que requer uma reviravolta ética, pois implica em um contexto social de mudança histórica que exige dos profissionais de saúde envolvidos, dos gestores e dos usuários transformações atitudinais e culturais.

Com essa perspectiva é substancial a educação para a ética nas relações entre as pessoas, sem a qual não é possível realizar a reflexão

crítica necessária para confronto dos princípios institucionais com os próprios valores, modo de ser, pensar e agir. Esses valores refletidos na dimensão institucional, são fundamentais para pautar a atitude profissional em diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera bom e justo (RIOS, 2009).

Apesar de se reconhecer que a efetivação do SUS implica um processo de mudança atitudinal dos diversos atores envolvidos, ainda são poucos os trabalhos no campo da saúde pública acerca dos papéis e das responsabilidades éticas de cada um dos atores dentro dos Conselhos Municipais de Saúde (GARRAFA, 1995). De igual forma, são escassos os estudos que evidenciam a intensidade dos conflitos éticos nos conselhos gestores e a forma como os conselheiros lidam com os mesmos.

### 4.3 REFERENCIAL DE ANÁLISE

Munido de criatividade e devidamente amparado por conceitos já publicados por pesquisas anteriores (ou parte deles), o pesquisador constrói seu marco conceitual, o seu “modelo teórico logicamente organizado”, o chamado marco teórico. Este modelo servirá de guia para orientar a rede de teorias e de dados coletados pelo pesquisador, focando tanto a investigação como a análise dos resultados, e ajudando a mostrar os “caminhos” para as possíveis soluções ao problema central da pesquisa (NEVES, GONÇALVES, 1984 *apud* FINKLER, 2009).

O objeto deste estudo, os problemas éticos vivenciados pelos conselheiros gestores de um Conselho Municipal de Saúde, foi analisado a partir da construção desse marco conceitual, que contemplou quatro conceitos/referenciais: a Cogestão (CAMPOS, 2000), a Deliberação Moral (GRACIA, 2000; 2014), a Bioética Social (HELLMANN, VERDI, 2012; GARRAFA, 2005; VIDAL, 2008) e o modelo de Vazios Paradigmáticos construído por Silva (2006).

#### 4.3.1 Sobre humanização e cogestão

De acordo com Campos (2000), um dos grandes desafios da concretização das políticas públicas é a não atualização do modelo tradicional de gestão, historicamente herdado pelo SUS, principalmente quando um dos seus horizontes é a transformação democrática dessa instituição. O conceito de Cogestão prevê a construção do compromisso e da solidariedade ao bem comum, contando portanto com a capacidade

reflexiva e autonomia dos sujeitos na tarefa da gestão coletiva (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010). Para que se trabalhe com bens que são comuns a toda sociedade, como o é a própria saúde, torna-se necessário que a satisfação de interesses e necessidades sociais seja a grande finalidade dessas organizações. Mais do que imperar na legislação, o bem comum deve estar presente nos valores daqueles que decidem em conjunto dando a possibilidade de que essas organizações produzam liberdade e autonomia ao invés de controle e dominação (CAMPOS, 2000).

O desafio da transformação democrática institucional do SUS perpassa a própria transformação das práticas de administração tradicionais baseadas no capital monopolista e que tem sua racionalidade gerencial hegemônica marcada pelo exercício do controle e da disciplina. Esse cotidiano gerencial que separa a concepção da execução das atividades limita a concretização das políticas públicas. Muito dessa resistência na concretização se dá na própria dificuldade de trabalhadores e gestores em assumirem um compromisso com o interesse público, trabalhando com solidariedade à população e entre si, além do próprio entrave de se assumirem enquanto seres autônomos nas suas capacidades reflexivas (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010).

Mesmo com o referencial da Cogestão sendo pensado para além das esferas institucionais do Controle Social, observa-se nestas os mesmos impasses visualizados por Campos ao propor uma gestão horizontal com relações humanizadas. Portanto buscar essas relações dentro da esfera dos Conselhos de Saúde pode ser mais uma forma de enfrentamento dos problemas éticos que persistem nesses espaços de participação social.

Evidencia-se assim a própria dimensão coletiva da tarefa da gestão, onde existe valorização do interesse e dos objetivos dos envolvidos no processo sem desconsiderar o diálogo com as necessidades sociais, auxiliando na aproximação entre ambos. Essa mediação envolve, na dimensão prática de sua concretização inúmeros problemas éticos, onde os valores morais daqueles que decidem, refletirão nas decisões tomadas. Nesta direção, se o método da cogestão puder ser incorporado institucionalmente no SUS, sendo assim, também internalizado pelos conselhos de saúde a própria necessidade da reflexão ética, consolida-se como primordial ao avanço da Cogestão, principalmente por esta dar voz ao pluralismo moral.

O referencial da humanização, vinculado à Cogestão, propõe uma nova síntese onde o foco principal se dá na interação entre sujeitos que constituem o sistema de saúde e que ao serem mobilizados são capazes



de transformar realidades e a si próprios (BENEVIDES, PASSOS, 2005). Portanto, trabalhar com os sujeitos envolvidos na tomada de decisão nos Conselhos de Saúde, enquanto representantes de desejos e valores morais e institucionais, e participantes de um processo que necessita horizontalizar o poder e humanizar as relações, foi um dos desafios deste estudo, principalmente ao se tentar entender o quanto há de Cogestão nas reuniões do Conselho.

Apesar de o autor ter concebido a Cogestão (método da Roda ou Paidéia) como forma de democratizar as instituições do SUS que lidam diretamente com o contexto do trabalho em saúde e o gerenciamento dessas unidades, sua análise foi adaptada para ser aplicada nos espaços públicos de poder, como os colegiados do CMS, pois, como o próprio autor sugere, seu método pode ser aplicado em qualquer espaço coletivo que se trabalhe com produções de necessidades sociais (CAMPOS, 2000).

#### 4.3.2 Deliberação moral

Se o referencial da Cogestão auxiliou no entendimento das relações institucionais entre os sujeitos que participam das decisões, o segundo referencial, o da Deliberação Moral, auxiliou na compreensão das reuniões com foco nas suas metodologias, principalmente no nível dos valores individuais. Para Gracia (2014) não é evidente que os problemas morais tenham sempre soluções, logo preocupar-se com metodologias de deliberação que nos elucidam o caminho, o processo de construção reflexiva, mais que encontrar soluções de problemas morais, torna-se a grande questão do desenvolvimento da Deliberação Moral.

Dilemáticas éticas estão preocupadas em tomar decisões morais, a partir da escolha entre dois valores contraditórios. Já os problemas éticos voltam-se basicamente para o processo deliberativo, não interessados em encontrar soluções globais, mas sim o que no momento seria considerada a ação mais razoável e prudente. Neste sentido, o papel da Bioética não é o de resolutor de problemas ou de oráculos que mostram quais os cursos de ação são os moralmente corretos, mas sim o de questionador, de instigador de diálogos cooperativos nos quais todos os participantes aprendem (GRACIA, 2014).

De acordo com Gracia (2014), ser ético exige reflexões sábias e prudentes, porém não infalíveis, pois ninguém possui a verdade absoluta. Daí a necessidade da deliberação coletiva. A incerteza intelectual não é incompatível com a responsabilidade moral, pelo contrário, as incertezas são características típicas da responsabilidade moral. Daí o profundo

enraizamento da necessidade do diálogo na deliberação, pois os outros “podem ensinar-me mesmo que não pensem como eu, ou precisamente porque não pensam como eu”, neste sentido a deliberação se mostra como um processo “radicalmente democrático”, não sendo, portanto, prerrogativa dos filósofos, mas também dos políticos (GRACIA, 2001b, p. 31).

Nos Conselhos de Saúde, onde a deliberação é o procedimento mais apropriado para o desenvolvimento das políticas públicas participativas (CORTINA, NAVARRO, 2005a, p. 35), deve-se investir em formas de aprimoramento do processo decisório, do próprio processo de diálogo. Situações que envolvem valores e normas sociais conflitantes estão presentes no cotidiano desses espaços e são evidenciadas pela dificuldade de se produzirem respostas baseando-se exclusivamente em protocolos ou outro recurso apriorístico que oriente a ação (OLIVEIRA, AYRES, ZOBOLI, 2011).

O trabalho em saúde exige dos sujeitos mais do que competências técnicas. Frequentemente, é necessário lançar mão de uma sabedoria prática capaz de orientar as ações de modo prudente, combinando excelência técnica com correção ética (OLIVEIRA, AYRES, ZOBOLI, 2011).

Quando os problemas enfrentados pelos conselheiros não estão no nível das normas, mas em um nível de ordem moral (GRACIA, 2001a), torna-se necessário o diálogo entre os conselheiros, norteado pela reflexão. Para Gracia (2001a) conflitos e problemas morais devem ser “resolvidos”, ou melhor, manejados, através do método da deliberação moral.

A deliberação moral de Gracia (2014) trabalha com pelo menos três níveis da realidade: a deliberação sobre os fatos, a deliberação sobre os valores e a deliberação sobre os deveres. O primeiro nível trata da exposição e análise intensa de todos os fatos que envolvem o surgimento de determinado problema moral a ser dialogado. O segundo nível trata de encontrar os valores que estão em conflito no interior desse problema. Para tanto, identificam-se os problemas éticos, e neste ponto o autor deixa claro que os problemas éticos serão todos os problemas que os envolvidos acharem que são problemas éticos. O próximo passo é identificar os valores em cada um dos problemas éticos encontrados, um por um. O último nível trata de encontrar os cursos de ações possíveis, focados no que se deveria fazer (embasados nos valores que queremos realizar e que, portanto, fundamentam esses deveres) e o que é possível de se realizar.

Pois nem sempre o que se deve fazer é o que se consegue fazer. Disto se trata grande parte dos problemas morais. Essa visualização simplificada dos passos ajuda-nos a entender a importância do rigor metodológico para uma deliberação moral que nos aproxima da decisão mais prudente em cada caso estudado, pois a ausência ou descaso com cada um dos passos acaba impossibilitando o nível seguinte, impedindo assim de se chegar ao melhor resultado (GRACIA, 2014).

A deliberação moral se baliza no dever ético de realizar valores, “nesse sentido, o conflito se coloca quando há uma situação em que realizar um determinado valor pode implicar abrir mão de outro valor, o que não seria desejável” (GRACIA, 2009 *apud* OLIVEIRA, AYRES, ZOBOLI, 2011, p.365). A deliberação moral pretende facilitar a resolução de conflitos éticos, posto que não há respostas certas ou erradas. Deste modo, deliberar auxilia a ponderar e equilibrar, tentando chegar a decisões razoáveis e prudentes, buscando encontrar a “justa medida” para promover o máximo de valores envolvidos no conflito (ZOBOLI, 2003).

Por vezes os problemas da saúde implicam em conflitos morais devendo ser refletidos nas reuniões dos Conselhos de Saúde, seja por meio da representação dos usuários legitimando sua cidadania, seja por meio da dialógica entre os diferentes valores expressidos pelas três esferas representativas do Conselho, ou numa menor escala, pelo próprio indivíduo na sua singularidade. Como não existem respostas prontas *a priori* para a resolução desses problemas, a obrigação moral dos conselheiros é a de tomar decisões prudentes onde, de acordo com Gracia (2014), a responsabilidade ética é a de aprender ferramentas para a tomada de decisão. A deliberação moral é um método bioético para este processo, pois possibilita estabelecer passos que visem à análise crítica das situações, permitindo compreender e considerar os fatos, os valores e os deveres envolvidos (GRACIA, 2014), auxiliando na resolução dos problemas bioéticos, e a decisão entre seus vários percursos de ação possíveis.

É a partir deste enfoque da Deliberação Moral que se realizou a busca pelos possíveis problemas éticos dentro do CMS, que é, na ordem legal, um conselho deliberativo, ou seja, suas decisões tem poder legal o que não significa que esse processo decisório seja moralmente deliberativo. A visualização dos problemas encontrados se deu no âmbito das deliberações serem mais ou menos pautadas em reflexões éticas.

#### 4.3.3 Bioética social

O terceiro referencial que embasa este trabalho é o da Bioética Social. Esta foi a lente que ampliou as percepções e interpretações do pesquisador sobre o seu foco de pesquisa, os problemas éticos. A Bioética ajudou a conduzir as reflexões éticas deste trabalho alicerçadas em um olhar socialmente comprometido (GARRAFA, 2005), de forma que as interpretações bioéticas não se limitem a análises reducionistas, mas que tragam a defesa dos direitos humanos e sociais como compromisso na produção do conhecimento.

Essa Bioética socialmente comprometida traz a compreensão da Bioética não apenas como uma disciplina acadêmica, mas sim como um projeto de reforma da sociedade, sendo compreendida como uma forma de reflexão crítica sobre os conflitos éticos que emergem da vida e da saúde humana (VIDAL, 2008, 2010 *apud* HELMANN, VERDI, 2012).

O termo “Bioética Social” refere-se à produção teórica na Bioética, produzida por autores que pensam esse movimento através da inclusão de discursos com teor social, especialmente voltados à saúde coletiva (HELMANN, VERDI, 2012, p. 52).

As reflexões de pensadores como Volnei Garrafa e Suzana Vidal são insistentemente alimentadas pela necessidade da Bioética na América Latina se contextualizar com as especificidades locais, muito diferentes da sociedade anglo-americana. Assim, uma Bioética voltada para o nível macro (em termos de sociedade) deve ser pensada como alternativa da Bioética focada no micro - frequentemente limitada à resolução de casos clínicos (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2007),

a bioética sumarizada num *bios* de alta tecnologia e num *ethos* individualista (privacidade, autonomia, consentimento informado) precisa ser complementada na América Latina por um *bios* humanista e um *ethos* comunitário (solidariedade, equidade, o outro) (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2007, p.371).

As constantes revisões da Bioética na América culminaram na incorporação de novas pautas para a atuação da Bioética, incluindo temas como prioridades de alocação de recursos, justiça social e cidadania, finitude dos recursos naturais, discriminação, entre outros (GARRAFA, KOTOW, SAADA, 2006).

O olhar dessa Bioética justifica-se pelas questões de desigualdades sociais que se vivem na América Latina e também em nível global. Assim,

este referencial se apoia na necessidade de trazer os bioeticistas, profissionais e estudantes da saúde a pensarem não só de forma crítica, mas comprometidos em utilizar a Bioética como um instrumento de análise e exploração da realidade, que tem como dever oferecer formas de intervenção, apontando caminhos para que todos tenham acesso aos benefícios do desenvolvimento (HELLMANN, VERDI, 2012).

#### 4.3.4 Vazios paradigmáticos

O comprometimento com as formas de intervenção e direcionamento traz a necessidade do último referencial teórico deste marco conceitual: o modelo de Vazios Paradigmáticos de Silva (2006). A adesão deste modelo tem o intuito de auxiliar na categorização dos problemas éticos dentro de três dimensões: a do Vazio Político, a do Vazio Pedagógico e a do Vazio Cultural. A partir dessa identificação pretende-se, futuramente, propor soluções práticas eficientes para a transposição dos diferentes problemas encontrados.

De acordo com Silva (2006) estes “vazios” são identificados como desafios sociais, que à medida que são preenchidos diminuem a distância entre a teoria do que “deveria ser” e a prática do que “realmente é”. Neste trabalho se utilizou a teoria proposta por Silva (2006) e desenvolvida por Fernandes Neto (2010) como guia para identificação dos vazios existentes na reunião do CMS.

O modelo foi proposto originalmente por Daniel Silva (2006) a partir da sua reflexão sobre o distanciamento entre a Gestão Integrada de Bacias Hidrográficas - GIBH, e a realidade de abandono e degradação local vivida pelas comunidades de bacias no Brasil e na América Latina. A partir da sua análise local, percebendo a distância entre o ideal e o real, o autor propõe a governança participativa como um novo paradigma contextualizador dos desafios sociais, e traz o tripé pedagogia - cultura - política como os “vazios grávidos de potencialidades” para a transição de uma gestão ineficaz, para o modelo de gestão participativa efetiva e empoderada.

Essa divisão em três vazios ou três desafios, foi uma forma de tentar atingir a realidade dos problemas na sua prática diária, dividindo pra poder visualizar, mas sem perder a visão do todo complexo. O vazio político a partir das aproximações legais à realidade local, e sua discussão em profundidade para a atualização de ambas. O vazio pedagógico como o componente educacional, este sempre presente no homem, que por ser “inacabado” está sempre pronto para se aperfeiçoar e conscientizar. O

vazio cultural onde entende-se a cultura como tudo que é criado e recriado pelo homem, e que portanto acontece nas relações entre eles, obviamente com componentes de todos os níveis interferindo e se entrelaçando, mas enquanto vazio grávido, olharemos as possibilidades de mudanças destas produções e signos humanos que teriam potencial de auxiliar positivamente as relações e ações deste CMS, tanto dentro como ‘fora’ deste. A divisão tem o potencial de auxiliar também em futuras intervenções que poderiam preencher esses vazios.

Fernandes Neto (2010) propôs uma metodologia de governança participativa como uma resposta mediata para suprir essas lacunas pedagógicas, políticas e culturais. Como os Conselhos de Saúde já se apropriaram de um modelo democrático participativo, fez-se uma avaliação a partir dos “Vazios” de Silva (2006) como forma de identificação e categorização dos problemas que persistem neste modo de gestão participativa. Para tanto, adaptou-se o modelo, onde as supercategorias analíticas dos três vazios originais foram renomeados empiricamente como: Vazio da Responsabilidade Legal, Vazio da Educação Permanente e Vazio da Consciência de Cidadania.

O Vazio da Responsabilidade Legal: “abraçou” todos os problemas éticos vivenciados pelos conselheiros de saúde que envolveram desafios de caráter normativo-institucional dado pelo conjunto de leis e normas regulatórias do CMS em questão, e que acompanham ou não os valores da sociedade a qual se dirigem. Além dos problemas de caráter institucional, também se observaram aqui os problemas éticos ‘instituídos’ nas relações existentes entre os conselheiros, e que pela força da centralização do poder capturam os processos de subjetivação singulares e bloqueiam possíveis transformações. Os problemas categorizados neste Vazio foram aqueles marcados pela “atual prática de poder das culturas políticas, impregnada pelo espírito competitivo, pela exclusão de conhecimentos e pela imobilização dos contraditórios”, diversos (SILVA, 2006, p. 7). Depois de categorizados no Vazio de Responsabilidade Legal, qualquer estratégia que venha a ser sugerida, a posteriori, para dar aporte a este vazio se encontrará na dimensão política.

O Vazio da Educação Permanente: nesta supercategoria concentraram-se os problemas éticos vivenciados pelos gestores que dizem respeito às dificuldades de comunicação e entendimento. Estas dificuldades provêm principalmente do mundo do subjetivo, dado pelas diversas culturas, saberes e interesses dos participantes que precisam aprender a dialogar no mesmo nível linguístico. As soluções que venham

a ser propostas para os conflitos aqui analisados estarão dentro da dimensão das estratégias pedagógicas.

O Vazio da Consciência de Cidadania: abarcou os problemas éticos vivenciados pelos conselheiros frente as dificuldades de coesão social, a partir da falta de sentimento de pertença à comunidade, levando os participantes do conselho de saúde a terem dificuldades na adesão a projetos de interesse comum. Esta supercategoria pertence à dimensão chamada de cultural, que traz suas propostas de soluções entrelaçadas com a necessidade de concretude ao conceito de cidadania que constitui a razão de ser da civilidade (CORTINA, NAVARRO, 2005a, p. 21).

A construção do objeto de estudo dessa pesquisa se deu na interface dessas supercategorias, onde cada vazio, na sua abrangência, contribuiu para determinar os problemas éticos vivenciados pelos conselheiros municipais de saúde. Um melhor entendimento desse objeto pode ser obtido pela observação da Figura 1.

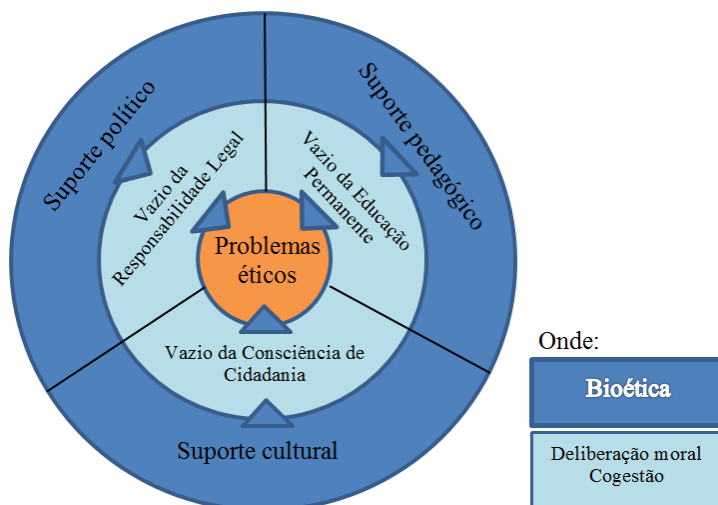


Figura 1 – Representação gráfica do marco conceitual.  
Fonte: autoral, 2015.

Os referenciais teórico-metodológicos da Deliberação Moral e da Cogestão ajudaram a entender as distancias e aproximações que existiam entre a realidade das relações que se dão no CMS e a teoria do que deveria acontecer nesses locais de decisão. Por auxiliarem a evidenciar os problemas éticos a partir desses distanciamentos teoria-prática os

referenciais de Gracia (2014) e Campos (2000) foram trabalhados no espaço dos três vazios paradigmáticos, ou seja, como referenciais na análise da realidade local.

Já a Bioética Social, por ser um referencial transversal a todas as ações que sustentam o CMS, dentro e fora desse espaço, como um local de Controle Social legítimo, foi pensada como sendo pertinente à toda a estrutura que suporta o CMS. Por ser necessária à todas as proposições de melhoria que possam ser tomadas futuramente a partir da evidenciação desses problemas, o referencial da Bioética foi visualizado como sendo um guia de nível macro, no presente da atual análise e no futuro de qualquer ação que se possa pensar referente ao Controle Social.



## 5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 DESENHO DO ESTUDO

A questão norteadora deste estudo almejou conhecer e analisar problemas éticos vivenciados por usuários, trabalhadores e gestores que atuam no Conselho Municipal de um município do sul do Brasil. A partir desse conhecimento buscou-se compreender em que medida esses problemas de caráter ético dificultam o exercício do Controle Social pelos conselheiros. A teoria já existente de metodologias que trabalham o enfrentamento desse tipo de problema moral auxiliou na percepção da existência dos problemas éticos no CMS.

Com a compreensão desse recorte empírico procurou-se identificar quais os vazios de suporte pedagógico, cultural e político que permitem a presença desses problemas de caráter ético, traçando, sob essa perspectiva, qual seria o papel da Bioética no enfrentamento dessas dificuldades.

Nessa perspectiva, tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, pois considera o interesse em desnudar o significado dos fenômenos de conteúdo ético, provindo das relações sociais que ocorrem entre os conselheiros de saúde, o que requer uma abordagem dialética que compreende para transformar (MINAYO, 2004). Segundo Minayo (2004) o interesse neste tipo de pesquisa é o que se volta para a busca dentro do universo de significado das coisas, das motivações, das ações, crenças e valores, pois estes têm papel organizador nos seres humanos e nas estruturas sociais, além de buscar compreender o espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que transitam na realidade social.

O delineamento metodológico adotado foi o Estudo de Caso. Segundo Yin (2010) nos estudos de caso deseja-se compreender fenômenos complexos, abrangendo suas características holísticas inerentes à vida real. Como método de pesquisa contribui para a construção do conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, e políticos, cujos limites não são claramente definidos. Um estudo pode conter mais de um único caso. Estudos de Caso Único ou Múltiplos são variantes de uma mesma estrutura metodológica, sendo que nesta pesquisa optou-se pelo estudo do caso único de um conselho municipal de saúde do sul do país.

O caso escolhido para este estudo refere-se a um conselho fundado na década de 80, sendo composto por 26 representações, totalizando 52 conselheiros dentre titulares e suplentes. Suas representações se dividem entre sindicatos, associações, centros comunitários, secretarias municipais e estaduais, conselhos profissionais e pastorais. Cada representação é eleita em assembleia aberta ao público e tem mandato por dois anos, podendo ser reeleita. Existem conselheiros que participam deste CMS desde a sua fundação.

As reuniões da plenária acontecem uma vez por mês, assim como as reuniões da câmara técnica e da mesa diretora. A plenária do CMS é o fórum de deliberação plena e conclusiva, ocorrendo de forma ordinária ou extraordinária convocadas pelo presidente ou requeridas por 2/3 das entidades-membro, conforme estabelecido pelo Regimento Interno do CMS. A Mesa Diretora é eleita em plenária, formada por três conselheiros titulares com mandato de dois anos, sendo permitida reeleições. Cabe a Mesa Diretora e ao presidente a responsabilidade por toda a condução dos processos administrativos e políticos a serem deliberados pela Plenária.

Já a Câmara Técnica funciona como um órgão de assessoria da Plenária deste CMS em matérias cuja especificidade, importância ou urgência assim o justifiquem. É formada paritariamente por oito conselheiros titulares, embora funcione de forma ‘ampliada’ sendo aberta a todos os conselheiros que queiram participar. Também são formadas Comissões para assuntos específicos que sejam deliberados como necessários ao CMS. Estas comissões também prestam assessoria à Plenária.

## 5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população escolhida para este estudo foi a dos membros do órgão colegiado, permanente e deliberativo de um CMS de uma cidade de médio porte no sul do Brasil, composto por representantes de gestores, prestadoras de serviço, trabalhadores da saúde e usuários do SUS. Portanto, a amostragem deste estudo foi composta por indivíduos que vivenciam o problema em questão e/ou tem conhecimento sobre ele.

A escolha dessa amostra realizou-se de forma aleatória a partir da lista de conselheiros cadastrados no site do Conselho Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Saúde, priorizando-se a seleção numericamente equitativa de participantes mulheres e homens. O critério de inclusão foi de todos os sujeitos participantes do colegiado do CMS,

sendo critério de exclusão aqueles que não estiveram acessíveis, disponíveis ou que não tiveram interesse em participar da pesquisa. Sendo assim, todos os conselheiros receberam um convite via e-mail, sendo selecionados aqueles que manifestaram interesse em participar. Dos 52 conselheiros convidados apenas 8 manifestaram interesse via e-mail, sendo que mais 8 conselheiros foram convidados pessoalmente durante a reunião da plenária. Destes últimos, 2 se recusaram a participar da pesquisa e outros 2 tiveram suas entrevistas descartadas pela dificuldade que estes conselheiros tiveram em responder as questões, principalmente pela pressa destes.

Por ser esta uma pesquisa de caráter qualitativo, o critério de representatividade da amostra não foi o numérico, e sim a variabilidade que permitiu abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões e profundidades, até a completa saturação dos dados. Para tanto, obtiveram-se 12 entrevistas, seguindo apenas o critério de proporção numérica da amostra equivalente à distribuição entre os três eixos de representações, usuários (50% das representações), trabalhadores (25%) e gestores e prestadores de serviço (25%), ficando a distribuição dos três grupos da seguinte maneira: 6 conselheiros representantes de usuários, 3 de profissionais da saúde e 3 gestores e prestadores de serviço.

### 5.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da pesquisa, a realidade contextual da cidade onde atuam os conselheiros municipais de saúde, não teve sua identificação revelada como forma de manter o sigilo prometido ao CMS e a prefeitura municipal, sendo caracterizado como um município de médio porte do sul do Brasil. Este é o ambiente natural dos sujeitos, concordando assim com Turato (2005) que afirma que o campo onde o pesquisador irá adentrar para a observação e coleta de dados deve ser o ambiente em que naturalmente se encontram os sujeitos. Seguindo esse pensamento a entrada no campo de estudo se deu inicialmente pela observação não participante, em que a pesquisadora observou a reunião da Plenária do CMS como qualquer outro cidadão, embora fazendo suas anotações no Diário de Campo.

A etapa, das entrevistas, ocorreu em dia e local sugerido pelo próprio conselheiro, caso o mesmo não tivesse um ambiente particular para indicar a pesquisadora designou um local reservado e silencioso.

A entrada da pesquisadora no campo de estudo se deu por meio de apresentação formal da pesquisa em mesa da plenária do CMS, onde os conselheiros ficaram cientes da presença da pesquisadora na observação das reuniões e de seu possível convite às entrevistas individuais.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

Os dados desta pesquisa foram coletados através do método de triangulação de dados por meio de: fontes documentais, através da análise de Atas do CMS; da observação não participante da pesquisadora nas reuniões deliberativas mensais que são abertas à comunidade; e também por meio de entrevistas com os conselheiros de saúde.

Deste modo, a coleta se deu em três momentos, que embora aqui separados didaticamente, existiu na realidade uma sobreposição entre eles em alguma medida, o que foi positivo para a própria triangulação de dados. A sequência inicial para a coleta dos dados foi a seguinte:

Momento I: Análise documental das Atas das reuniões do CMS, e dos documentos relacionados a legislação dos Conselhos de Saúde, bem como o regimento interno do CMS em questão. As atas são de domínio público e são disponibilizadas pela secretaria de saúde, no site da prefeitura, da mesma forma que a legislação. Foram analisadas um ano de atas do Conselho (11 atas), a contar da data de início da Observação não-participantes para trás, portanto nem todas as Atas se referiam à atual gestão, sendo possível, em alguma medida, um comparativo entre as duas (embora varios conselheiros tenham permanecido). A análise documental ocorreu do início ao fim de toda a coleta dos dados, principalmente a análise dos documentos regimentais, afim de sanar dúvidas que vieram a surgir. A legislação analisada foi: a Constituição Federal de 1988, artigo 196 ao 200; Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011; Lei Complementar 101, de 04 de maio de 2000; Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012; Resolução CNS 333 de 04 de novembro de 2003 e o Regimento Interno do CMS analisado.

Com a análise documental, mais especificamente a partir da análise das Atas das reuniões do CMS, foi construído um Roteiro de Entrevista. Este Roteiro de Entrevista contou com a avaliação de dois especialistas em metodologias qualitativas. A entrevista piloto não foi descartada pela pesquisadora, mas serviu para aperfeiçoamento do Roteiro, momento em que se acrescentou uma narração hipotética de uma reunião de Conselho

(Apêndice 1). Este breve texto conteve problemáticas éticas inspiradas das próprias Atas do CMS e que serviram para que a pesquisadora percebesse o nível de compreensão dos conselheiros quanto a esse tipo de questão. Caso o conselheiro não demonstrasse entendimento do que é um problema ético o mesmo era explanado pela pesquisadora no decorrer da entrevista.

Momento II: Nesta segunda etapa a pesquisadora observou os sujeitos da pesquisa e registrou seus apontamentos no seu Diário de Campo. Este diário conteve todas as informações que não o registro das entrevistas formais, ou seja, informações sobre conversas informais, comportamentos, cerimônias, gestos e expressões que se relacionaram ao tema da pesquisa (MINAYO, 2004). Foram observadas 5 reuniões da Plenária do CMS e 1 reunião da Câmara Técnica deste CMS, todas acompanhadas em sua sequência mensal e com duração de 4 horas cada. A reunião da Câmara Técnica foi incluída na observação devido as constantes referências a essa reunião, durante as entrevistas com os conselheiros, também pelo convite dos próprios conselheiros, que sinalizaram ser positivo a observação também desse ambiente de Controle Social.

Momento III: Esta terceira etapa consistiu propriamente nas entrevistas, e contou com o Roteiro de Entrevista, utilizado visando apreender o ponto de vista dos conselheiros de saúde, contando assim com poucas questões, servindo de instrumento para orientar uma “conversa com finalidade”, ampliando e aprofundando a comunicação (MINAYO, 2004).

Este momento da entrevista contou com os órgãos dos sentidos do pesquisador que buscou interpretar as relações de significados dos fenômenos referidos pelos sujeitos da pesquisa. Segundo Turato (2005) este método possui um grande rigor na validade dos dados coletados, pois a observação dos sujeitos juntamente com a escuta em entrevista, por serem acuradas e de grande profundidade, levam o pesquisador bem próximo à essência da questão em estudo.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

## 5.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

O registro dos dados coletados por equipamento digital na etapa de entrevistas permitiu a transcrição de seu conteúdo para uma adequada

categorização das informações colhidas. As anotações realizadas no Diário de Campo, durante a observação não participante também foram digitalizadas.

Como forma de resguardar os nomes dos conselheiros e instituições envolvidas optou-se por transcrever as falas, essenciais a este trabalho, com a identificação das representações por meio de letras: G (gestores), P (prestadoras de serviço), T (trabalhadores da saúde) e U (usuários), seguida de um número como indicador quantitativo das falas.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2011) uma das primeiras tarefas no processo de análise é a elaboração, pelo pesquisador de um esquema de codificação. A codificação pode utilizar-se de diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações, sendo que a escolha depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição do analisador. A organização dos dados desta pesquisa coletados nos três momentos, contou com o auxílio do software Atlas.ti® 7.1.8. Este software foi escolhido pela facilitação da organização e codificação do conteúdo a ser analisado posteriormente pela pesquisadora. As etapas de organização dos dados serão melhor exploradas no tópico seguinte.

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados levantados utilizou a Análise de Conteúdo pautada em Minayo (2004), onde optou-se pela técnica da Análise Temática. Não se visou à generalização de resultados ou o estabelecimento de causa-efeito, e sim a revisão dos pressupostos iniciais, a percepção e compreensão através da reflexão do pesquisador sobre os elementos levantados a partir do problema, visando à construção de conhecimentos originais que poderão trazer nova luz ao interminável processo de produção de conhecimento.

A primeira etapa da Análise Temática consistiu na pré-análise onde a leitura flutuante permitiu o contato exaustivo com o material de análise concedendo melhor clareza na identificação dos dados. Este momento levou à definição da hipótese inicial desta pesquisa: os problemas éticos existentes no CMS interferem no Controle Social do SUS. Esta etapa foi realizada no ambiente do software a partir da criação de um arquivo próprio para a realização da análise neste ambiente

(Unidade Hermenêutica<sup>2</sup>) e a partir da inclusão das atas e das entrevistas transcritas (documentos primários\*) e da transcrição das anotações do Diário de Campo (memos\*) neste arquivo.

A segunda etapa da análise de conteúdo consistiu na exploração do material, codificando os dados em análise. Para tanto, foram realizados recortes no corpo do texto que eram unidades de registro (citações\*) aos quais foram atribuídas unidades de contexto ou pré-categorias (códigos\*). Estas poderiam ser uma palavra, uma frase ou uma explicação, cujo significado buscasse trazer à luz as questões levantadas pela pesquisa. Durante esse processo todas as questões que emergiam como ideias, questionamentos ou impressões e que complementavam de alguma forma as pré-categorias encontradas, eram mencionadas em notas\* (associadas aos códigos identificados) ou registrados em memos\* quando mais genéricos (FRIESE, 2012). No total 94 pré-categorias foram criadas de forma indutiva à medida que se realizava a exploração do material.

Na etapa seguinte, de reordenação dos dados, as pré-categorias foram agrupadas em quatorze categorias (famílias\*), algumas dadas a priori pelo referencial teórico: Autonomia, Capacitação, Diálogo, Hierarquia, Participação, Relação entre os Segmentos, Visão do Coletivo e outras elaboradas a posteriori, pelos sentidos que emergiram dos dados: Articulação, Saúde Pública, Efetividade, Papel do Controle Social, Profissionalização, Representação, Secretário de Saúde como Presidente.

A última etapa de categorização e análise dos dados consistiu no reagrupamento dessas quatorze categorias em três supercategorias (superfamílias\*), que são as categorias analíticas dadas pelo referencial teórico dos três vazios: Vazio de Educação Permanente, Vazio de Responsabilidade Legal e Vazio de Consciência de Cidadania.

Esta etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação não se baseou em análises estatísticas simples ou complexas, mas sim interpretações dos temas em cima das unidades de registro e suas correspondências com as unidades de contexto.

---

2 \* Nomes atribuídos pelo software.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à avaliação da prefeitura municipal responsável pelo CMS estudado, onde a mesma recebeu uma cópia do projeto dessa dissertação, bem como um documento solicitando a autorização oficial (Anexo 1) da instituição para a coleta de dados.

Esta pesquisa também foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 539.891/2014, respeitando-se assim a Resolução nº 466/12 do CNS que regulamenta as diretrizes e normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, a fim de assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado.

Todos os sujeitos entrevistados e todas as falas utilizadas a partir das Atas analisadas tiveram suas identidades mantidas em sigilo.

O processo de Consentimento Livre e Esclarecido foi contemplado neste estudo, onde todos os conselheiros de saúde foram orientados quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, forma de participação, importância do estudo, garantia de respeito e sigilo das informações, da disponibilidade dos dados e informações pessoais, assim como, da liberdade de participação e desistência ao longo de qualquer fase do processo sem haver prejuízo para si. Após essa etapa de esclarecimento verbal, foi solicitado aos entrevistados a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). A participação foi de caráter voluntário, sendo que os envolvidos não obtiveram qualquer forma de remuneração.

Tão logo, entrou-se em contato pessoalmente ou por telefone com os sujeitos para convidá-los e, mediante a aceitação/interesse dos mesmos na participação na pesquisa, foi formalizado o convite, conforme preconiza os aspectos éticos.

Julgando esta pesquisa como sendo socialmente relevante e assegurando não haver nenhum tipo de conflito de interesses entre pesquisadores e participantes da pesquisa, firmou-se o compromisso de divulgar e publicar os resultados deste estudo, resguardando, sob todos os aspectos, os sujeitos envolvidos. De igual forma, os pesquisadores comprometem-se a divulgar os resultados diretamente ao CMS participante, em reunião formal da Câmara Técnica, conforme solicitado pelos mesmos.

Os resultados desta pesquisa podem ser considerados benéficos aos sujeitos, pois buscam o aumento da consciência sobre a importância das



questões éticas dentro de órgãos colegiados e deliberativos. Essa reflexão não se aplica somente aos conselheiros envolvidos, mas se estende também aos órgãos responsáveis por fomentar e apoiar esses espaços. Para além, os conselhos de saúde, por decidirem sobre políticas públicas, necessariamente respondem a interesses diversos, sendo a reflexão sobre a moral uma forma de apoio a essas tomadas de decisões, ajudando a torna-las éticas, portanto responsáveis e prudentes.



## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para melhor visualização os resultados encontrados foram agrupados e ordenados conforme a triangulação dos dados (Quadros 1 a 14).

**Quadro 1 – Dimensão Pedagógica: O Vazio da Educação Permanente.  
Capacitação: Clichês, Ingenuidade e Paternalismo**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Exigir uma tomada de decisão sem o compartilhamento de conhecimentos minimamente necessários</b>	A conselheira coloca que está sentido a falta de comunicação (Ata02; U04)	Conselheiros se mostram irritados quando são interrompidos para apressar a decisão – “questão de ordem” (DC3)	...Por isso que aquele dia eu fiquei quietinha [...] como é que eu vou entender aquilo lá?(U3)
	...preocupou-se quando irá construir o parecer, preocupa-se em ter que aprovar sem ter analisado antes (Ata03; T4)	Alguns conselheiros se distraem quando os diálogos se estendem (DC1)	...isso que eu te falo, a gente consegue ser mais pontual e ser mais firme quando a gente tem esse conhecimento prévio [...] (G3)
<b>Exigência e concepção de um processo pedagógico que não inclui seus sujeitos</b>	A capacitação deve ter a visão de todos [...], este é um dos pontos pela falta de presença [...] (Ata02; P01)	Alguns conselheiros simplesmente parecem não estarem interessados nas discussões – ficam no celular ou, por vezes, dormindo (DC1)	Primeira coisa que eles reclamam é capacitação, mas faz uma capacitação agora [...]. Parece que a frequência maior foi seis numa capacitação [...] (U5)
	...houve menção de que a capacitação é de acordo com a visão do gestor (Ata02;G05)		
<b>Condicionar a aprendizagem de um grupo altamente diverso unicamente à capacidade individual de cada sujeito</b>	...a conselheira quer sempre trazer para a reunião é a saúde mental no município [...] se for colocar cada item do município ficariam 24 horas falando somente sobre isso (Ata05;G3)	Pouco envolvimento do coletivo, parecem ser sempre os mesmos a falarem (DC2)	...não tem um espaço pra formação, a gente vai pro conselho bem cru mesmo, e depende muito da iniciativa dos conselheiros [...] (U3)
	Sugere que [...] ocorra uma reunião do Conselho, não sendo em caráter deliberativo, mas sim para que possam se conhecer e saber o que cada um faz, o que é, o que representa, para poderem planejar algumas ações (Ata02;U3)	Impressão de que um ou dois conselheiros leem os documentos exigidos e os outros já se posicionam na espera da fala destes (DC1)	...assim a participação vai muito da articulação da pessoa. Então tem uns que ficam mais quietos (G2)
<b>Supervalorizar o conhecimento técnico em detrimento dos demais conhecimentos</b>	O conselheiro concorda que enquanto conselheiro tem a necessidade de uma capacitação [...] e pede para que quando houver [...] que todos os conselheiros compareçam (Ata05; T02)	O conceito “técnico da área” parece gerar um silenciamento nas opiniões diferentes deste saber (DC4)	...o conselho vai ter que abrir uma forma para que o nível de conhecimento [...] principalmente da representação social, esteja no mesmo nível dos técnicos (U3)
<b>Poder decisório concentrado nos que detém as informações técnicas</b>	...coloca que [...] realmente criticar o trabalho de uma determinada entidade em função de portarias e de números, é algo que seja simples para quem está de fora falar (Ata05;U1)	Parece que tudo que é trazido à discussão é empurrado para a câmara técnica (DC1)	é frequente, um conselheiro não compreender um dado [...] porque as vezes a forma como é apresentado é a forma como a gestão quer apresentar [...]então ninguém apresenta dado que vá se prejudicar (G3)
	Esta apresentação que é altamente técnica só pode ser discutido com pessoas que contenham conhecimento [...] (Ata06;P02)		...a gente modela eles pra pensar de um jeito, tem tudo isso [...] se não eles não conseguem acompanhar muitas discussões. Eles têm que entender para poder acompanhar (G2)

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 2 – Dimensão Pedagógica: O Vazio da Educação Permanente.  
Linguagem, comunicação, diálogo, deliberação**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
Supressão de informações no processo comunicativo	...quando a informação é enrolada e não objetiva com diversas explicações, querendo ou não passa um ar de desconfiança, de como se a informação não fosse completa (Ata05;T4)	Apresentações de planilhas com siglas e poucas explicações – desconforto e confusão nos questionamentos dos conselheiros – visível dificuldade de compreensão dos dados e pouca clareza nas explicações aos questionamentos (DC3)	...quando você apresenta daquele jeito, que é cheio de sigla, cheio de coisas, você não quer chegar nesse cara, [...] nem dá o direito dele ser realmente participante na discussão... (G3)
	O conselheiro informa que no orçamento não aparece o projeto de manutenção dos CAPS porque ficaria num nível muito detalhado (Ata05;G1)		[...] as pessoas veem tanta dificuldade e às vezes quando a gente vai lá ver os dados não existe a dificuldade nos dados [...] (G3)
Falta de construções coletivas	Sugeriu-se [...] que seja procurada uma nova metodologia [...] como enviar antecipadamente aos conselheiros a apresentação integral e na reunião, fazer uma apresentação sucinta, abrindo espaço para a dirimção de dúvidas e prestação de esclarecimentos (Ata03)	Parece que os conselheiros dão maior importância para discussões de âmbito burocrático do que atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (DC2)	É que já vem tudo muito marcado... (U3)
			... já vem pronto, entendeu? Não tem a construção que deveria se ter ... (T1)
Imposição de opiniões	Solicita uma aprovação nem que seja com algumas considerações para ficar registrado nesta reunião (Ata05;G2)	Alguns conselheiros que “discordam muito” parecem ter suas colocações ignorados pela plenária, já rotineiramente (DC4)	Você tem que se dar essa oportunidade, de ouvir todas as visões sobre determinado assunto. E as vezes não é isso que acontece, porque tem conselheiro [...] que só quer que a visão dele prevaleça, e acabou ... (U4)
	O presidente coloca que estas questões sejam discutidas na Mesa Diretora, outra conselheira coloca que quem deve decidir é a Plenária do Conselho – há insistência e decide-se pela Mesa Diretora (Ata05)	Alguns conselheiros fazem “caretas” quando aparecem discordâncias em suas colocações (DC3)	Já vi pessoas discutindo por quererem impor uma opinião, né o seu ponto de vista, de que o outro é contra (G1)
Votação como método decisório	Ao que todos concordam e a proposta é levada à votação, sendo aprovada por unanimidade (Ata01)	A votação parece só ser pedida pelo gestor quando este não consegue impor sua opinião logo de início (Memo02;Ata04)	...a votação eu acho antidemocrático [...]. Não sei, tinha que ser um negócio de consenso...discutiu antes, já discutiu tudo, mas... e aí vai pra votação (G2)
	Presidente aprova este encaminhamento colocando em votação, o que é aprovado (Ata03)		Eu gostaria que fosse mais debatido e se tirasse um consenso. E pergunta-se se está todo mundo de acordo [...] é meio sabonete assim, passa discute, fulano de tal fala uma coisa e ninguém pede, “ah eu quero que vote” ... (T1)

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 2 – Dimensão Pedagógica: O Vazio da Educação Permanente.  
Linguagem, comunicação, diálogo, deliberação (continuação)**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Exigência da tomada de decisão sem tempo apropriado para o diálogo</b>	...propõe alteração de pauta sugerindo que todos os itens [...] sejam substituídos pela apresentação LOA, tendo em vista que tal apresentação, tem prazo legal [...] e mais relevante que os demais itens a serem apresentados na pauta (Ata08)	Parece não haver aprofundamento nas discussões, os conselheiros parecem insatisfeitos com as decisões e por vezes nem votam quando isto lhes é exigido – por não entender será?(DC4)	...a gente iniciou [...] alguns embates de que nós não podíamos aprovar as coisas com pressa. Só é possível aprovar com discussão (U2)
		Os conselheiros não tiveram acesso ou leram o Regulamento por completo, e ficaram, mesmo assim, restritos apenas ao artigo específico para deliberarem... (Memo01;Ata01)	O fato de só ter uma reunião por mês é pouco, você não consegue debater no tempo necessário [...] (U4)
<b>Diminuir o número de partícipes no diálogo como forma de melhorar a ponderação</b>	...naquele Conselho [...] decisões são tomadas sempre no coletivo. No seu entendimento a nossa CT funcionou de forma capenga [...] sugere que esteja alerta às comissões que não estão funcionando a contento... (Ata01;T04)	Não há exposição na reunião da plenária sobre o que foi discutido na CT, apenas o seu parecer que pelo visto é sempre aceito pelos outros conselheiros (DC5)	...mas o que acontece, quando o assunto é muito controverso ou ele é muito extenso, a câmara técnica discute, porque a câmara técnica é menor... (U4)
	fala que é contrário a isso [...] não sendo este assunto primordial para ser abordado na CT [...] Colocando a ideia em votação, foi aprovada com voto contrário do Conselheiro (Ata02;P01)		...a gente já tenta resolver e trazer pra plenária simplesmente para a aprovação [...] evidentemente, que um número menor de ideias resolve melhor o problema (U1)

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 3 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal.  
Concentração de Poder, Enfrentamento e Autonomia: A atual prática da Cultura Política**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Enfrentamento dos mecanismos hegemônicos de gestão em favor de metodologias atuais de gestão compartilhada</b>	Entende todas as questões e as desculpas do Secretário enquanto conselheira mas o que aconteceu é gravíssimo, leu toda a legislação [...] o erro está em produzir-se uma resolução do Conselho sem o consentimento deste (Ata05;T4)	Presidente adiou a pauta para passar primeiro os informes orçamentários e o planejamento da compra e distribuição de fitas de glicemias ficou adiada para a próxima reunião - mensal. (Memo04;Ata07)	...as nossas pautas de reunião elas são todas engolidas pela gestão. Os encaminhamentos, aprovação disso, aprovação daquilo. [...] O próprio conselho não gera uma pauta... (G3)
	...considera que houve uma interferência na área da saúde pelo executivo, que ignorou pareceres da SMS, inclusive não consultando o CMS. É de opinião que o CMS repudie este lei... (Ata07;U1)	Parece que os conselheiros raramente propõem pautas, geralmente estas são mais sobre questões burocráticas da secretaria. (DC5)	O que acontece: a gente não tem acesso, ou não é convidado, ou não se faz participante nessas discussões com as outras esferas, entendeu? Então é uma coisa muito fechada [...] (T1)
<b>Dificuldade na produção de um comportamento público coerente com o progresso moral já registrado na legislação</b>	A conselheira conclui que tudo se encontra no papel, basta apenas fazer funcionar (Ata01;T4)	Parece que se dá pouca legitimidade as falas de teor perceptivo – do conhecimento da experiência (a atenção em geral se concentra nas figuras públicas da gestão) (DC5)	...a gente arrumou uma encrenca com o pessoal daqui de dentro (da secretaria) que também não tinha uma formação adequada, pra poder enxergar (expor) as coisas ruins (G2)
	Para ele a comissão pode atuar sem nenhum problema, com ou sem paridade (Ata01; U3)		Se o presidente do conselho não fosse o Secretario talvez ele tivesse voz pra esse debate, e talvez fortalecesse mais essa questão de pressionar o Estado [...] Então acho que fica muito fechado e aí a gente já conhece qual é a política né (T1)

Fonte: Autorial, 2015.

**Quadro 4 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal.**  
**Secretário - Presidente: Uma prática do Poder Instituído, um Conflito de Interesse**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Conflito de interesses na ocupação de dois cargos, onde um fiscaliza o outro</b>	O Presidente informa que está solicitando a Secretária Executiva que anote essas solicitações que ele responderá formalmente ao CLS (Ata08)	No fim, parece que sempre o presidente decide como será procedido (DC5)	Eu acho que quando ele é indicado pelo prefeito ele fica muito direcionado pra que não aconteça algumas coisas (T1)
	Ninguém protestou no CMS desde que é presidente [...] Hoje 85% dos funcionários são efetivos originários de concurso público, porque o que vigorava nesta secretaria era a indicação e nenhuma vez o conselho levantou uma moção solicitando providências (Ata02;G2)		... o próprio secretário ser o presidente do CMS, me parece que as respostas ficam muito focadas no que a gestão faz né, e não no que o CMS deveria fazer (G3)
<b>Mediação ou controle – dificuldade de exercer o papel de presidente do CMS</b>	Pelos relatos, o Presidente conclui que a comissão está funcionando satisfatoriamente mesmo sem paridade (Ata01)	É contraditório o fato do presidente do CMS ser o secretário de saúde, suas falas não parecem buscar soluções, apenas deixar o trabalho para as comissões e utilizar o conselho para aprovar os orçamentos da secretaria (Memo08;Ata05)	...na plenária levantam um monte de questão e ele se defende como secretário, isso aí eu briguei uma vez porque eu chamei o presidente de camaleão, porque ‘eu não sei quando você é presidente quando você é secretário’ (U5)
	O Presidente [...] diante da resposta negativa considera que se não está na lei, se não está escrito, então não há ilegalidade (Ata01)		O secretário não tem autoridade de secretário no conselho, ele tem autoridade de presidente. E presidente em geral é mediador. [...] eu acho assim que nesse momento o conselho está um pouco extensão da gestão e não controle social (U4)

Fonte: Autorial, 2015.



**Quadro 5 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal.  
Hierarquia: O Espírito Competitivo**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Conflito entre a estrutura hierárquica e a coparticipação democrática</b>	As demais pautas serão definidas na reunião da Mesa Diretora e serão informados na convocação da reunião (Ata03;G2)	O Presidente concorda que se deve planejar, mas não propõe ações ou alternativas (Memo3;Ata05)	[...] tinha uma época que o diretor da vigilância, ele não queria passar os dados, então tinha inúmeras brigas, enfrentamentos [...] aquela época era bem pesado [...] Mas brigava de dizer que os dados tinham que ser mostrados, então eu comprava uma briga interna na secretaria pra poder mostrar no CMS (G2)
	Considera que houve uma interferência na área da saúde pelo executivo, que ignorou pareceres da SMS, inclusive não consultando o Conselho. É de opinião que o Conselho repudie este lei, através de pronunciamento a respeito (Ata07;U1)		...Às vezes o Controle Social pode tá acontecendo e ser direcionado mesmo assim. Então depende da forma que o condutor, tenha o seu colegiado eleito, ele vai conduzir da forma democrática ou não, ele pode estar conduzindo aquilo pros interesses do gestor, um segmento que é menor mas que tem apoio da grande maioria entendeu? (T1)
<b>Inibição do Controle Social pelo próprio Estado que o exige</b>	Vão ser levadas ao Conselho Municipal vindo com o discurso que só pode ser apresentado no dia e devendo ser aprovado. Se não conseguir nem ter uma análise dos dados, diante desta complexidade como é que será votado, isso fará com que acabe com o controle social (Ata06;U3)	Em algumas apresentações da secretaria é nítido o não entendimento de grande parte dos conselheiros e mesmo assim as perguntas são, por vezes, respondidas com descaso e percebe-se a pressa em aprovar logo o item da pauta em questão (DC3)	...tem o aspecto de você não reunir a sociedade civil, de você não estar lá <i>in locus</i> verificando se aquela normativa tá funcionando. E aí o que acontece, você sempre fica com a informação do gestor. Não tô dizendo que não seja verdadeira, não, certamente, na maioria das vezes é, mas na maioria das vezes só traz aquilo que interessa ao gestor (U4) ... A representante da odontologia era uma moça muito proativa e entrou em vários atritos com o secretário e de repente ela deixou de ser representante e entrou outro no lugar dela. A gente sabe que é por causa dos conflitos [...] Ela nunca quis sair ela foi retirada [...] (U2)

Fonte: Autorial, 2015.

**Quadro 6 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal.  
Relação entre os Segmentos: O Pensar-Agir Dicotômico-Dilemático**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Relação de disputa entre os segmentos governamental e não governamental</b>	...coloca que podem haver momentos conflitantes entre a Câmara Técnica e a Mesa Diretora, ainda diz que se as duas se unissem estariam muito bem, sabendo que é um processo dificultoso (Ata05;G2)	Conselheiros se referem como “gestores” e “usuários”, sendo essa dicotomia evidente em momentos de conflito – principalmente colocando os usuários como “sempre sendo os do contra” (DC6)	[...] as vezes o gestor não percebe que nós somos seus aliados e não seus inimigos, e aí não ceder por não ceder [...]. Não tem nenhum motivo específico a não ser a minha autoridade, então isso acontece um monte. Toda reunião tem isso (G3)
			...é isso que acontece, o cara sabe que se ele for votar contra o gestor ele vai ser bloqueado lá na frente [...] mas mesmo com tudo isso ele teria que votar naquilo que ele considera o mais correto (G2)

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 7 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal.  
Articulação *versus* a Imobilidade da Sociedade Civil**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Falta de articulação do segmento dos usuários - o pensar/agir isoladamente dentro do CMS</b>	diz que o conselho deve se unir e não agir como indivíduos para que até não sejam surpreendidos devida a pouca participação. Sugere [...] ocorra uma reunião do Conselho [...] para que possam se conhecer e saber o que cada um faz, o que é, o que representa, para poderem planejar algumas ações. Coloca que se não se reunirem em algum momento jamais chegarão em algum lugar como conselho (Ata02; U3)		...os governantes, quando eles querem votar uma pauta no CMS, eles se organizam pra ir pra reunião, e nós enquanto movimento social ainda não temos esse hábito [...] nas reuniões, um puxa pra lá, outro puxa pra cá, o outro puxa pra lá, sabe? Não tem uma unificação das ideias [...] (U3)
	O Presidente faz um aparte para dizer que deve haver mecanismos de se excluir a entidade ausente (Ata01)		E daí o que que acontece, como a sociedade civil está desarticulada sempre tem algum conselheiro que fica insistindo e aí os outros conselheiros recuam porque não tão com aquela discussão, não discutiram não combinaram, não tão com aquela posição coletiva né? (U4)
<b>Deslegitimação do Controle Social pelo distanciamento entre os conselheiros e suas bases representativas</b>	Defende-se dizendo que embora seja acusada de trazer recorrentemente o tema da sua entidade [...] expressa que a área não é privilegiada, é apenas bem organizada [...]. Finalmente diz que as discussões sobre as demais comissões geram mal-estar e confusões por falta de uma regulamentação [...] (Ata10; T04)	Porque não trocar a entidade afinal é uma representação. A entidade deve estar articulada com seu representante, e interessada na deliberação, se não outra entidade deve poder assumir seu lugar (Memo2; Ata07)	...não há o consenso de quem ela tá representando, pra ela poder dar resposta em cima disso. Não, ela dá resposta em cima do próprio conhecimento dela, do que ela acha [...] (G2)
	Retoma a palavra e também o assunto sobre a vacância da entidade que não vem, não substitui o representante e que no momento a vaga fica em aberto (Ata01;T04)		Não existe articulação... essa história da representação passou a ser uma coisa assim, “tu vais lá e me representa” [...] já tentei por três vezes, procurar o diretor da minha representação, e nas três vezes fui ouvido mas não encontrei respaldo nenhum pras ações que precisam ser feitas de cooperação [...] (U2)
<b>Ausência de mecanismos de inclusão dos novos conselheiros</b>	Sugere que na segunda terça-feira do mês ocorra uma reunião do Conselho, não sendo em caráter deliberativo, mas sim para que possam se conhecer e saber o que cada um faz, o que é, o que representa, para poderem planejar algumas ações (Ata02;U3)	Têm conselheiros que nunca falam com os outros (não se conhecem?) (DC4)	...vou te dizer que no início eu me sentia constrangida em alguns momentos, até as pessoas saberem o que você representa [...] ninguém me apresentou pro CMS (G3) ...o conflito de ideias elas surgem nesse momento, então a gente, muitas vezes, não conhece a instituição que a pessoa vem, a pessoa em si [...] é diferente de trabalhar com as pessoas que você convive dentro da instituição, todos os dias (T1)

Fonte: Autorial, 2015.

**Quadro 8 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal.  
Papal do Controle Social: Para Além do Pragmatismo Imediatista**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Dificuldade de consolidar o papel do Controle Social para além dos objetivos burocráticos</b>	...houveram pontos de pauta transferidos [...] cujas apresentações eram requeridas como normativas enquanto foram possíveis apresentações [...] cuja discussão não era requerida por lei ou normativa, mostrando a necessidade de se haver um calendário ressaltando os pontos obrigatórios por lei (Ata05;P01)		...a LOA não é maior que as outras questões da pauta. Mas é mais importante [...] porque [...] se os conselheiros não tiverem empoderados disso aqui... um monte de coisa vai passar [...] olharem isso com muito cuidado e com muito tempo, porque isso precisa ser amplamente discutido (G2)
			...as nossas pautas de reunião elas são todas engolidas pela gestão [...] O próprio conselho não gera na pauta [...] existe o que foi discutido na CT, mas o que a gente discute na CT são os documentos da gestão, é LOAs, é planejamento, o que já vem da gestão entendeu? Não existe assim uma pauta em que o conselho coloque as suas demandas, as suas proposições [...] (G3)
<b>Incoerência em ocupar uma posição de defesa e proteção de algo em que não se acredita</b>	O conselheiro, apoiado pelo Presidente parabeniza o atendimento do SUS, equiparando-o com centros de saúde privados (Ata08;U1)	Algumas falas parecem desconsiderar a importância de um sistema público de saúde para a população (Memo 01, Ata08)	Agora, graças a deus, eu tenho plano de saúde. [...] Meu sogro, por exemplo, ele era atendido pelo SUS direto, porque ele não tinha plano de saúde, não tinha nada (U1) [...]eu sempre usei a rede de saúde [...]e eu fazia esse tipo de pergunta [...] vocês sabem o que está acontecendo? Não sabem, vocês estão acreditando no que o coordenador do posto ta dizendo, isso aí mudou muita coisa. E hoje essa pratica não é só minha, tem vários conselheiros fazendo isso (U5)

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 9 – Dimensão Política: O Vazio da Responsabilidade Legal.  
Profissionalização: Maior Legitimidade?**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Dificuldade do exercício da participação social num mundo dominado pelos valores de mercado</b>	...o Conselho Municipal da Saúde é representado pelo conselheiro que não tem conseguido comparecer as reuniões mas tem justificado. (Ata02)	As reuniões sempre ocorrem com faltas de conselheiros (DC3)	...porque você tem que fazer controle social de graça? [...] a gente tem uma coisa que controle social é organização da sociedade civil então tem que ser de graça, não! Entendeu, aquilo é bom pra sociedade, então o Estado tem que patrocinar, financiar, incentivar né [...] (U4)
	...coloca que as oficinas dos conselhos locais foram todas no horário noturno porque sabe-se que os indivíduos trabalham durante o dia e não teriam a possibilidade de comparecer durante o mesmo (Ata02,G6)		Não era nem eu que deveria estar lá, era a nossa psicóloga, mas durante o processo de espera ela engravidou, aí mandei e-mail pra um monte de gente e ninguém me respondeu, trabalhar de graça não é pra qualquer um né. E ai pra não perder a vaga eu fui (U3)

Fonte: Autorial, 2015.

**Quadro 10 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania.  
Representação: A Aproximação de Valores**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Desinteresse das representações de base sobre as deliberações do CMS</b>	...entende-se que a efetividade da participação das entidades no Conselho deva ser acompanhada e inclusive cobrada (Ata01;U5)		<p>Não existe esta ligação prevista. Nunca ninguém me disse assim: vem cá qual o seu posicionamento sobre tal questão? Algumas demandas que são da instituição, eu levei pro conselho, mas precisava de um posicionamento da instituição, e nunca se posicionou (U2)</p> <p>...eles fizeram cinco reuniões de diretoria e nunca me convidaram. [...] eu reclamei [...] eu disse assim eu tô a dois anos eu não pude dar um relatório pra vocês! Porque eu faço relatório, mas eu não pude nem entregar né (U5)</p>
<b>Inibição da subjetividade dos conselheiros (a não valorização do sujeito)</b>		Alguns conselheiros parecem ter seu discurso ignorado, principalmente quando denotam uma personalidade mais exacerbada (DC1)	<p>[...]não adianta eles dizerem que eles representam a sociedade, que representam os usuários, não representa. Cada um toma decisão a partir do que ele considera correto [...] (G2)</p> <p>...tem horas assim que a minha posição de neutralidade é a mais confortável, que eu posso escolher. Então talvez não seja a mais correta, mas é a mais confortável (G1)</p>
<b>Segmento dos usuários sendo formado por conselheiros que não utilizam o SUS</b>	O Conselho é formado por quatro segmentos, todos com a mesma competência, mas com olhares diferentes. 50% são usuários e há muitos usuários votando com o olhar da gestão. Por isso é importante que os papéis fiquem mais claros (Ata01;P01)	Alguns conselheiros demonstram não conhecer os serviços do SUS	Às vezes ele vem como usuário, mas não é nem usuário do sistema, então pelo menos que ele seja usuário do sistema, pelo menos isso, e aí sim, aí ele já viveu, já teve possivelmente recusas de atendimento, então ele tem essa vivência individual (G2)

Fonte: Autorial, 2015.

**Quadro 11 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania.  
Participação: Por uma “Re-valoração” dos Valores Democráticos**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Incoerência de ser conselheiro e não participar dos processos decisórios - omissão</b>	<p>Informa que a Secretaria Executiva comunicou via e-mail a todos os conselheiros que faltavam dois representantes dos usuários na comissão. E que mediante a falta de manifestação dos demais, a conselheira se prontificou a participar (Ata01;U5)</p>	<p>Sempre parece ser os mesmos conselheiros que se manifestam nas plenárias (DC3)</p>	<p>...eu fico num papel meio de espectadora. Embora, eu seja conselheira, tenha voz no conselho, eu acabo ficando muito mais na posição de passar informação[...] eu acabo muitas vezes contemplando o que foi colocado em discussão meio sem uma opinião própria, sabe? (G1)</p>
	<p>A oficina que foi feita a noite foi a que veio menos pessoas. Deve-se ver o que fazer [...] para que ocorra o comparecimento de todos (Ata02;G6)</p>		<p>A gente pergunta se mais alguém quer participar, não tem mais ninguém [...] eles reclamaram da prestação de contas, aí quando chamei pra participar ninguém levantou a mão... e todo mundo reclama! [...] (G2)</p>
<b>Baixo incentivo à participação da sociedade no CMS</b>	<p>...as capacitações devem continuar, ter que insistir nas divulgações perante as comunidades [...] mobilizar mais as comunidades para ter maior número de pessoas para gerar o interesse futuro de ser conselheiro (Ata02;G4)</p>	<p>As reuniões se dão com poucos indivíduos acompanhando a plenária (DC4)</p>	<p>...as pessoas hoje também não querem participar, não querem ter o trabalho de se organizar, discutir, pra defender seus direitos [...] quem não tá no dia a dia envolvido não vem, são sempre os mesmos. Não é também só culpa dos conselheiros não, é da própria sociedade (U3)</p>
	<p>Coloca que as reuniões dos Conselhos são pouco divulgadas (Ata02; P2)</p>		<p>...nós começamos a perceber o quanto o conselho municipal estava distante das comunidades [...] Hoje você pega aí os CLS são muito representativos também, e eles tem uma participação, eles se reúnem no conselho [...] e assim, tá se fazendo um trabalho de ampliar a construção desses conselhos locais [...] (T2)</p>

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 12 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania.  
Visão do Coletivo: Saber-se e Se Sentir Cidadão**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
Conflito de interesses entre os valores pessoais e os valores cívicos	O Estado, por todas as formas possíveis no passado, queria tirar isso do município, queria passar para outra região [...]. A Secretaria do Estado é contra o nosso município (Ata02;G4)		... Que ele consiga pensar no bem maior que é a saúde pro usuário, e não por influencias políticas ou por questão financeira dele poder ganhar alguma coisa diante disso, ele poder ser beneficiado com aquela atitude (G2)
	Aproveita o momento para expor uma situação incômoda que vivencia com o funcionamento de uma casa noturna [...] que fica ao lado de sua residência (Ata01;U6)		...Claro que, às vezes, as ideias conflitam com a tua ideologia, do que tu realmente acreditas do porquê estar ali, por um bem comum né, e as vezes as propostas são muito direcionadas, são muito incomuns, né? É como se fosse “pra mim” e não é, a discussão tem que ser voltada para um todo (T1)

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 13 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania.  
Saúde Pública: O Olhar da Colonialidade**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
Valorizar uma visão ampliada da saúde em meio ao imaginário popular da colonialidade privatista e tecnocrática	Acha estranho é que os funcionários da SMS tenham plano privado de saúde [...] coloca que é um dinheiro público pagando um serviço privado [...], esse assunto está sendo discutido para montar uma política de como acabar com isso (Ata05;U5)		Porque que serviço público da Dinamarca funciona e aqui não funciona? Aqui tem o deboche da própria sociedade civil “ah isso aí é serviço público, é assim mesmo”, entendeu? É isso que eu to dizendo, se é serviço público eu quero serviço de qualidade! Enquanto a sociedade não incorporar isso, vai ser a mesma coisa sempre (U3)
			[...] botar na cabeça que o SUS é meu também, é dos outros mas é meu também, vamos lutar por isso daí. [...] se a legislação do SUS for obedecida eu acho que não precisa prometer nada [...] (U5)
Construir uma política de saúde e não uma saúde política	Questiona se os centros de saúde que estão sendo prometidos pelos políticos durante as eleições são os centros realmente necessários ou se são apenas para aquisição de votos (Ata08;P2)	Por vezes quando a gestão é pressionada (principalmente pelos CLS) aparece sempre um discurso de que esse problema venho “da gestão anterior” (DC5)	...em alguns momentos a política quer aproveitar o momento social, a dificuldade, a necessidade pra perpassar uma situação de apoio a sociedade, usando da política (G1)
			‘eu não tenho partido, meu partido é o SUS, minha bandeira é o SUS, isso é o que eu uso, porque eu sou 100% favorável a uma política de saúde e não uma saúde política’, e eu concordo porque é isso que ocorre nesse Brasil (U5)

Fonte: Autoral, 2015.

**Quadro 14 – Dimensão Cultural: O Vazio da Consciência de Cidadania.  
Eficiência: O CMS como Possibilidade de Transformação Social**

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Análise de Atas do CMS	Observação não participante das reuniões mensais	Entrevistas com os conselheiros de saúde
<b>Condicionamento de demandas a obrigatoriedades legais</b>	Propõe alteração de pauta sugerindo que todos os itens a partir dos Informes [...] sejam substituídos pela apresentação da Proposta da LOA [...] tendo em vista que tal apresentação, tem prazo legal para envio à Câmara de Vereadores, como também é de suma importância e mais relevante que os demais itens (Ata08;G2)		Tudo se resume a isso: o que vier é aprovado no final. Porque que acaba sendo aprovado, porque se não for aprovado não vem o repasse das verbas, e daí a gente fica amarrado [...] Então fica sempre na mão daquele que executa os projetos e ele decide (T1)
<b>Conivência dos conselheiros frente aos mecanismos de instrumentalização</b>		Parece que tudo é sempre aprovado (DC3).	<p>...normalmente acontece isso, quando é demanda em cima da hora, põe as ressalvas mas aprova, a ressalva nunca mais é vista [...] dificilmente as pessoas vão retomar esse tema, e isso é comum acontecer, a gente não conseguir retomar (G3)</p> <p>Isso acontece, como existe um prazo, o orçamento pode ser aprovado com ressalvas, na resolução que aprova o orçamento a gente coloca essa ressalva. Agora cabe a plenária cobrar se as ressalvas foram atendidas (U5)</p>
<b>Baixa governabilidade do Controle Social (pela própria impossibilidade do Estado em prover todos os direitos sociais)</b>	<p>Continua afirmando que participa há anos do Conselho, e infelizmente é a segunda vez que vê uma proposta como essa no final de gestão (Ata01; U3)</p> <p>Salienta que o plano de aplicação, nesta gestão, qualquer tipo de investimento como Presidente do Conselho e gestor não pode fazer nenhuma obra que não vá concluir neste ano (Ata05;G2)</p>	Parece que um setor sempre “passa a responsabilidade” para outro setor e ninguém se compromete com as demandas colocadas para o CMS (DC2)	<p>...a população pode ter certeza que o conselho fiscaliza e representa [...]. Não vai resolver problema do médico que falta não sei aonde, isso não, mas na somatória toda sim (U2)</p> <p>...na parte política a gente observa que um sempre responsabiliza o outro, um poder responsabiliza o outro, então não isso tem porque o Estado não participa, ou não tem aquilo, porque o MS não repassou (T1)</p>

Fonte: Autorial, 2015.



A seguir estão apresentados os resultados deste estudo, categorizados nas três grandes dimensões: a Política, a Pedagógica e a Cultural. Essas dimensões se caracterizam como um espaço “grávido de possibilidades” para futuras intervenções sobre os problemas avaliados. São nessas dimensões que as autoras propõem visualizações de estratégias para solucionar os problemas existentes. Nesse macro espaço de possibilidades, os problemas éticos foram compreendidos dentro da realidade do CMS e percebidos como impulsores do distanciamento entre a teoria do que deveria ser e a prática do que realmente é. Neste sentido, distribuíram-se os resultados em três grandes supercategorias analíticas, os vazios ou desafios que necessitam ser superados: Vazio de Responsabilidade Legal, Vazio de Educação Permanente e Vazio de Consciência de Cidadania.

Mesmo que cada problema ético encontrado tenha uma pertinência que transcende a um único vazio, essa visualização didática ajudou a compreender o objeto de estudo, que na realidade se dá na interface dessas dimensões, onde cada vazio contribuiu para compor o mosaico complexo que sustenta a existência dos problemas éticos vivenciado pelos conselheiros municipais de saúde.

## 6.1 DIMENSÃO PEDAGÓGICA: O VAZIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE.

Nesta supercategoria concentram-se os problemas éticos que dizem respeito às dificuldades de comunicação e entendimento estabelecidas nas reuniões do CMS, muitas das quais dadas pelos diversos saberes, culturas e interesses dos conselheiros, que mesmo com essas diferenças precisam dialogar em um mesmo nível linguístico. De acordo com Silva (2008) as técnicas de comunicação baseadas na simples troca de informações e opiniões não são capazes de sustentar a construção de um conhecimento baseado na emergência de ideias coletivas.

Partindo do pressuposto de que só se pode controlar aquilo que se conhece, justifica-se a necessidade contínua de cursos de capacitação e de educação continuada para os conselheiros, de modo que estes possam exercer o controle social e participar

ativamente na gestão das políticas públicas de saúde (COTTA, CAZAL, RODRIGUES, 2009, p.434).

A educação permanente então se torna fundamental para que os avanços políticos se configurem. Contudo, reduzir essa formação contínua ao requisito único das capacitações parece ser insuficiente para diminuir o despreparo dos conselheiros, além de sustentar o papel paternalista do Estado. O estabelecimento de canais de comunicação entre população e governo de nada servem, se a única qualidade do ‘democrático’ for garantir a presença quantitativa da população nesses espaços. A participação popular em qualquer instancia política demanda um certo acesso à informação, ao conhecimento e à educação. No Brasil onde a educação, mesmo sendo um direito, ainda não está ao alcance de todos, exige-se pelo menos que os participantes tenham consciência política e informação como forma de prevenir distorções e manipulações (GARRAFA, 2003).

Os problemas éticos que dificultam a função do Controle Social e que necessitam desse suporte pedagógico foram identificados neste CMS nas seguintes categorias: Capacitação e Diálogo.

### 6.1.1 **Capacitação: clichês, ingenuidade e paternalismo.**

“[...] olha isso, como é que eu sou conselheiro de saúde e não sei o que esses caras tão dizendo?!” (G3).

A falta de capacitações dentro dos Conselhos de Saúde vem sendo diagnosticada ao longo da literatura (WENDHAUSEN, BARBOSA e BORBA, 2006; BOEIRA, BUECKMANN, FERREIRA, 2007; MOREIRA e ESCOREL, 2009). As desigualdades sociais, assim como as desigualdades em saúde não podem ser superadas sem democracia, mas esta precisa ser efetiva, ou seja, além de formas de participação democrática é necessário dar condições políticas, econômicas, educacionais e sociais para que ela aconteça (COUTINHO, 2006 *apud* SARMENTO, 2012).

De acordo com Correia (2005) a importância da capacitação pode ser constatada a partir da apresentação dos resultados de uma pesquisa, subsidiada pelo MS, em que se avaliou o impacto da capacitação apontando diferenças entre Conselhos capacitados e não-capacitados, chegando a indicadores que demonstravam um percentual de maior eficiência nos conselhos capacitados. Em itens como a capacidade de

interferência no processo de alocação de recursos financeiros, obteve-se 27% dos Conselhos capacitados atuando de alguma forma, em contraste com 100% dos Conselhos não capacitados que não conseguiram interferir no processo de nenhuma forma.

Essa dificuldade de intervenção e entendimento das ações propostas dentro do CMS de saúde aliada ao despreparo para o exercício do Controle Social esteve bastante presente na fala dos conselheiros:

...se ele tem que votar ele tem que entender [...] imagina se eu vou entender de orçamento, eu não entendo de orçamento de saúde hoje. Por isso que aquele dia eu fiquei quietinha [...] como é que eu vou entender aquilo lá? “Ah foi orçado isso, foi gasto isso”, eu vou ter que buscar as informações (U3).

...se eu não conheço o sistema, se eu não sei como ele funciona, do que se trata, e porque é preciso fazer isso, você não tem o mínimo de conhecimento das portarias do ministério, fica difícil de eu estar controlando (G1).

Percebe-se nas falas que a falta de conhecimento sobre determinados assuntos que são pautas de reuniões incomoda os conselheiros e prejudica sua tomada de decisão – a dificuldade de serem espectadores quando o espaço exige que se consolidem atores (FREIRE, 1987). Neste sentido existe um problema ético em se exigir uma tomada de decisão de indivíduos que não tenham compartilhado um conhecimento mínimo sobre o assunto, gerando um desconforto para esses conselheiros, principalmente porque sua decisão responde por todo um coletivo, da mesma forma que afeta todo esse coletivo.

...o meu maior constrangimento é talvez não ter tido quando eu entrei no CMS essas formações e eu ter que buscar individualmente isso, então isso de início me constrangia, porque você não tem certeza do seu posicionamento quando você não tem alguém que diga olha o CMS funciona assim, assim e assado, foi muito do meu feeling e da minha observação (T2).

...eu acho que até gera esse constrangimento de não perguntar por vergonha, porque olha isso, como é que eu sou conselheiro de saúde e não sei o que

esses caras tão dizendo?! Entende, claro que gera esse constrangimento, eu não tenho dúvida (G3).

A posição vulnerável daquele que “desconhece” alimentada pela falta de clareza das questões trazidas para a mesa de deliberação da plenária parece levar os conselheiros a conivência - gerada pelo silenciamento ou à marginalização - e indução - por influência daqueles que dominam o conhecimento ou simplesmente possuem ‘uma boa retórica’. Em ambos os casos o sentido do controle social se esvazia:

Até que aquele que entrou, cru, comece a entender [...] ele fica sem função praticamente, e nós que já estamos não temos condições de trabalhar porque até que a pessoa entenda todo o papel do conselho é todo um ano de aprendizado (U1).

...isso que eu te falo, a gente consegue ser mais pontual e ser mais firme quando a gente tem esse conhecimento prévio, porque se não eles ficam, aquilo que eu te falei, se eu não entendo nem o que significa a sigla, quem dirá o resto que foi dito, que eu já nem sei sobre o que o cara tá falando (G3).

...tem conselheiro que tá lá, há uns oito anos, e eu nunca vi abrir a boca. Conhecimento deve ter alguma coisa, mas e aí? É só pra sentar na cadeira e ocupar o espaço? Ou pra fazer o debate político? Pra isso também não serve, pra ficar lá só concordando com tudo (U3).

Como se espera que os Conselhos de Saúde se configurem em práticas baseadas no diálogo, toda a sua dinâmica fica condicionada ao aprofundamento dos assuntos postos em pauta. Se as trocas de informações não ocorrem, se as dúvidas não são esclarecidas o Controle Social fica fadado a não ser nada mais que um mero mecanismo de consentimento do Estado (BRAVO, CORREIA, 2012). O homem que não compreende sua realidade não pode perceber os desafios dessa realidade, muito menos transformá-la (FREIRE, 2011). Para que os locais de gestão, como os Conselhos, possam se apresentar como locais de intervenção, é necessário que estes espaços estejam dotados de sujeitos aptos a imprimir mudanças nos modos de cuidar e nos próprios modos de gerir a saúde (BRASIL, 2009a).

Eu acho que precisaria essa capacitação, eu sempre costume dizer que democracia custa dinheiro né. O

Estado pra propiciar a participação tem que financiar a participação também né (U4).

Como os CMS são formados por diferentes atores, a capacitação estratégica que possa criar uma base mínima de conhecimento entre todos, objetivando a melhoria do processo de gestão participativa no SUS, torna-se uma necessidade sentida por seus sujeitos. Tendo isso em vista o Ministério da Saúde (MS) implementou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, conhecida como ParticipaSUS (BRASIL, 2009b). Essa política tem como um dos seus focos a educação popular e a capacitação permanente de conselheiros de saúde como formas imprescindíveis para a melhoria do poder de vocalização da população e do poder decisórios dos próprios conselheiros. Apesar da pouca abrangência do programa dentro deste CMS, existe o consenso do Estado, ao menos nas suas publicações legais, quanto a necessidade da capacitação para a participação democrática, afirmado pelas próprias Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros da Saúde, do MS:

(...) torna-se fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida (BRASIL, 2002a, p. 7).

Sob essa égide de compromisso, constatou-se nas entrevistas que houve algumas capacitações para o CMS estudado, mas que parecem ter acontecido de forma descontínua, sendo que a maioria dos conselheiros relatou não ter participado dessas capacitações ou não terem tomado conhecimento das capacitações ocorridas. Neste sentido há ainda uma parcela de responsabilidade do próprio Estado em estimular essa participação, pois não adianta investir em capacitação sem promover o interesse – “inexiste validade no ensino de que não resulta um aprendizado” (FREIRE, 2011).

O fato de ser esse processo ainda insuficiente não significa que ele tenha sido ineficiente. De acordo com alguns relatos os processos de

capacitação que ocorreram com os CLS geraram alguns frutos, dentre eles a maior proximidade e participação destes conselhos junto ao CMS.

[...] percebemos que os conselhos locais não tinham espaço e aí abrimos espaço. A partir daí nós começamos a nos reestruturar dentro do conselho, não foi uma coisa assim, planejada, pensada, articulada, foi uma coisa que foi acontecendo na medida em que o processo de formação estava sendo realizado (U2).

O aprendizado que descobre ‘sem planejar’ e transforma a sua realidade é por si libertador e se alimenta do próprio interesse dos envolvidos. Neste sentido, os resultados ainda incipientes dessas capacitações se devem, em boa parte, a uma baixa ou ausência total dos conselheiros nesses momentos pedagógicos.

O conselheiro concorda que enquanto conselheiro tem a necessidade de uma capacitação [...] e pede para que quando houver capacitação para que todos os conselheiros compareçam (Ata05; T02).

Olha, vai haver uma eleição em abril do ano que vem, pela minha experiência eu vou dizer o que vai acontecer, entra um grupo de conselheiros e eles vão pedir capacitação, não sei o que [...]. Primeira coisa que eles reclamam é capacitação, mas faz uma capacitação agora. Nós estamos todo esse ano fazendo capacitações para os CLS, aberta aos conselheiros para eles aproveitarem e também serem capacitados. Parece que a frequência maior foi seis numa capacitação, as outras vão dois ou três (U5).

Embora exista essa constante chamada por capacitações o que se percebe é a baixa assiduidade dos conselheiros nesses encontros. Dentre os motivos mais citados pelos conselheiros para justificar sua baixa assiduidade poucos se encontram no mundo da *praxis* - da própria reflexão sobre a sua condição para poder transformá-la, mas estão reduzidos aos obstáculos objetivos a sua transformação - como a falta de tempo ou o não acesso a divulgação das capacitações.

Neste sentido a educação continuada não pode ser emancipatória se não houver um movimento interno de conscientização dos próprios conselheiros sobre a sua dificuldade de atuação, ou seja, o reconhecimento da contradição em que se acham e a conseqüente luta por

mudança (FREIRE, 1987). O forte condicionamento do CMS em ficar dependente das ações do Estado no que concerne a sua educação permanente, demonstra certa relação de dependência e revela uma contradição bastante marcante. Podendo ser, as capacitações, uma forma de libertação (FREIRE, 1987) para o agir autônomo do Controle Social estas não deveriam ser elaboradas pelo Estado e sim pelos próprios conselheiros, de forma ativa, como condição de sua autoemancipação. A pedagogia que liberta só produz autonomia se tiver a participação ativa dos seus sujeitos (FREIRE, 1987). Este é o segundo problema ético encontrado – exigir e conceber um processo pedagógico sem incluir a participação ativa dos próprios conselheiros.

A capacitação deve ter a visão de todos, portanto nada melhor do que esses grupos poderem indicar, escolher a formação e quem vai falar, além da maneira de ser realizada, este é um dos pontos pela falta de presença e principalmente a falta de planejamento conjunto (Ata02; P01).

...houve menção de que a capacitação é de acordo com a visão do gestor [...] (Ata02;G05).

Sob este aspecto, talvez seja interessante uma “capacitação” no próprio processo vivenciado pelos conselheiros. Esse processo formativo poderia auxiliar no enfrentamento dos locais onde o poder (e com ele a opressão) está presente. Sem esse empoderamento no processo decisório fica fácil para os conselheiros sentirem-se inseguros e desamparados, principalmente porque a liberdade, e com ela a autonomia, é uma conquista e não uma doação. Logo se a posição dos representantes dos diferentes segmentos for uma posição de espera por uma emancipação, como algo que viria exclusivamente ‘de fora’, sua inibição silenciosa só tenderá a prosperar (FREIRE, 1987).

Neste sentido, mais que exigir capacitações “extramuros” estabelecer um ambiente onde as informações estejam disponíveis apresenta-se como responsabilidade de todos. Os membros do CMS que detém o conhecimento do que está sendo tratado podem e deveriam esclarecer a plenária. Se isso não ocorre cabe nos perguntar onde está o vazio: em uma “formação” como pré-requisito ou na formação que ocorre durante a intervenção? Ou seja, o que de fato deveria ocorrer: ensino tradicional (prévio), ou formação-intervenção-avaliação?

O movimento de aprender não apenas para se adaptar às novas situações, mas sobretudo para transformar a realidade é um dos grandes objetivos da educação (FREIRE, 2011). A educação permanente busca

essas adaptações/transformações de forma continuada, de forma sinérgica com a própria dinâmica das transformações sociais, econômicas, culturais e, porque não, pedagógicas. O pensar crítico, o pensar sobre o fazer dos conselheiros, entendendo as melhorias que as capacitações podem trazer mesmo que “não planejadas”, alimentam a importância desses espaços pedagógicos e da própria aprendizagem.

Como resultado dessa combinação ainda insuficiente e ineficiente do incentivo do Estado e do próprio Controle Social em lutar por sua emancipação coletiva, estabeleceu-se entre os conselheiros uma busca individual pela mudança de sua realidade. Essa procura, mesmo que solitária, para transpor a barreira da falta de entendimento, leva os conselheiros a utilizarem a aprendizagem da própria práxis - aprender com seu próprio operar, ou seja, a medida que vão frequentando as reuniões os conselheiros vão estudando, aprendendo, capacitando-se:

Porque não tem um espaço pra formação, a gente vai pro conselho bem cru mesmo e depende muito da iniciativa dos conselheiros, buscar as coisas, documentos, essas coisas, pra ter uma formação. Ele precisa minimamente se capacitar pra poder exercer seu papel. Porque se não... (U3).

Eu me sinto pouco capacitada pelo CMS em si, pra que a gente consiga ter mais profundidade nas discussões entendeu? Aí então o que que eu busco fazer, ler, me inteirar, que que é esse SUS, o que que é tudo isso, porque não é a minha área de conhecimento (G3).

...a conselheira quer sempre trazer para a reunião é a saúde mental no município [...] se for colocar cada item do município ficariam 24 horas falando somente sobre isso (Ata05;G03).

Pouco envolvimento do coletivo, parece ser sempre os mesmos a falarem (DC2).

Essa busca individual pelo conhecimento, apesar de válida, fica limitada à capacidade de percepção crítica e ao interesse individual de cada conselheiro – levando a uma maior participação de alguns e a um distanciamento de outros. Além disso, alguns conselheiros se limitam a sua área já conquistada de conhecimento não conseguindo, por vezes, ampliar essa visão e consequente discussão.

O aprendizado individual, quando destinado ao trabalho em coletivo pode ser potencializado pelo ‘co-laborar’ e, atrelado a ele, o



pensar dialógico que “não pode dar-se se não entre sujeitos” (FREIRE, 1987).

[...] se tá sendo apresentado no conselho, e se o conselho tá ali pra olhar, pra ter noção que aquilo tá de fato de acordo, em algum momento esse conhecimento eu tinha que ter, teria que estar ali. [...] Eu acho que os informes que são dados, as apresentações que são feitas, se tivesse mais conhecimento de todos, não só de um ou outro, eu tenho a impressão que a gente teria um nível de diálogo maior né, uma contribuição maior (G1).

A necessidade do aprofundamento nas discussões da plenária vai ao encontro da teoria da deliberação moral, onde o diálogo intenso na primeira etapa do processo deliberativo é que proporcionará um maior conhecimento a todos (GRACIA, 2014). Isto significa que os conselheiros precisam estar 100% implicados, envolvidos e abertos ao diálogo, mas não que haverá um conhecimento homogêneo ou simétrico entre todos. Na realidade essa homogeneização do conhecimento nem é o desejado, pois com ela se correria o risco do CMS perder o imenso potencial da diversidade de seus olhares, e da possibilidade de estranhamento dessas percepções, que levam à riqueza da troca, e ao aprendizado em grupo. Neste sentido, um conhecimento básico dos fatores envolvidos em cada tema seria o mínimo desejado para o CMS, mas que poderia ser alcançado com um diálogo aberto aos questionamentos. De qualquer forma, quando essa informação fica condicionada somente ao indivíduo, a própria desigualdade da sociedade se reflete na disparidade de acesso à informação, gerando mais um problema ético a ser discutido pelo CMS – condicionar a aprendizagem de um grupo altamente diverso unicamente à capacidade individual de cada sujeito.

De acordo com Garrafa (2003), é natural que o indivíduo saudável, escolarizado e treinado tenha maior chance de se aperfeiçoar na busca de se tornar físico e mentalmente apto ao próprio exercício da cidadania do que o indivíduo doente, e/ou com pouca ou nenhuma escolaridade. Essas desigualdades de acesso na sociedade podem (e devem) ser refletidas em espaços de participação social, onde se tem representantes de usuários da saúde ao lado de profissionais e gestores. Essa diversidade que é rica para a gestão participativa, novamente exige a responsabilidade ética do Estado, e dos seus próprios sujeitos em tentar diminuir as desigualdades principalmente do acesso à informação:

Eu penso que ele precisa pelo menos se capacitar naquele tema, naquele conselho. Pra ter as informações mínimas pra poder participar. O que não é fácil pras pessoas, principalmente pros representantes da sociedade civil (U3).

[...] porque internet parece uma coisa pra todo mundo mas não é. A grande maioria tá fora da internet. Então você pega uma associação comunitária que mal tem uma sede, e as pessoas que moram na comunidade não tem um computador. Então eu acho que deveria ter capacitação mais presencial, mais permanente. Então acho que isso atrapalha um pouco o diálogo no CMS (U4).

Os usuários participam, mas assim a participação vai muito da articulação da pessoa. Então tem uns que ficam mais quietos (G2).

A responsabilidade compartilhada dos sujeitos do CMS é que ainda parece estar pouco presente nos discursos destes. A educação bancária como forma de diminuir as desigualdades se destaca sobre outras alternativas mais empoderadoras. Se pensarmos de acordo com Freire (1987), entendemos que a força da transformação social não se dá por meio da “educação” que procura “encher” os educandos com conteúdos, como se esse processo fosse linear, unidirecional e estático, como se educar fosse uma doação daqueles que se julgam ‘sábios’ para aqueles que julgam nada saber. Esse olhar parece preponderar na relação entre os segmentos, onde os representantes dos usuários são apontados como ‘aqueles que deveriam ser capacitados’, sendo esse papel por vezes aceito pelos usuários. Este olhar ajuda a manter a relação paternalista com o Estado, onde mais uma vez a ‘exigência’ da concessão de capacitações torna-se o foco único da democratização da informação.

Como essas capacitações é que trariam o saber técnico (por vezes o saber dos profissionais da saúde), parece haver uma aceitação da posição de não entendimento do representante do usuário, que por não entender “o técnico” (mesmo não sendo o único segmento nesta condição) se coloca em um estado de consentimento (embora um consentimento não autônomo). Esse velamento da falta de autonomia parece alimentar a falsa impressão que a simples ocupação do espaço de participação já garante a representação dos segmentos.

É igual pra qualquer representação lá. Destaque pra alguns, outros ficam mais quietos, mas eu acho que de certa maneira eles têm uma liberdade boa pra falar assim, eu não vejo problema, assim nesse momento, com nenhum conselheiro, mesmo os que ficam quietos a gente consegue discutir com eles em algum outro momento (G2).

Acho que tem um movimento comunitário aqui, as associações de moradores aqui é uma coisa muito forte. Não é uma coisa tão comum em outros lugares. Você pega aí os CLS são muito representativos também e eles tem uma participação, eles se reúnem também no conselho. Eles vão às reuniões, eles têm inclusive direito a falar nas reuniões do conselho, e assim, tá se fazendo um trabalho de ampliar a construção desses conselhos locais [...] os usuários realmente tão fortes... 100% eu acho difícil, mas uma parte expressiva sim (U4).

Essa constatação da boa articulação dos usuários, também pode ter um componente explicativo no fato deste CMS se localizar em um município de condições sociais privilegiadas. Apesar de possuir desigualdades socioeconômicas o município possui um desenvolvimento maior que a maioria das cidades do país.

Outra questão bastante interessante trazida pelos conselheiros se concentra no conteúdo das capacitações, sendo quase unânime entre os conselheiros a necessidade de foco na capacitação técnica, e principalmente da grande valorização desse tipo de saber:

Tem que ter capacitação pra ele, minimamente. Um dia inteiro pra entender o que que é a secretaria, o que que é o CMS, e qual o papel dele lá. Politicamente você sabe o seu papel, mas tecnicamente é mais complicado, eu falo da parte técnica (U3).

...o conselho vai ter que abrir uma forma para que o nível de conhecimento das pessoas, dos conselheiros, principalmente da representação social, esteja no mesmo nível dos técnicos, isso é desumano, como é que as pessoas vão ter capacidade técnica de participar? (U3).

Esta supervalorização do saber técnico em detrimento dos demais, que leva à exigência de equiparar e homogeneizar os conhecimentos existentes entre os segmentos é outro problema ético encontrado no CMS. Quando se exige que o conhecimento do usuário se equipare ao conhecimento do técnico se supervaloriza o saber científico em detrimento do saber local, fazendo com o que o Controle Social perca a sua característica de composição de diferentes saberes, desejos e visões, que tornam a gestão participativa do SUS única na sua construção coletiva. Essa busca pela homogeneização dos saberes inibe uma das principais funções do Controle Social que é justamente o estranhamento das questões propostas em plenária. Para Freire (2011) a transformação social acontece a partir da percepção da realidade, sendo que esta não pode se dar no nível intelectualista, mas sim na ação e na reflexão. Neste sentido mais que um saber técnico o CMS necessita de um saber para a realidade local, construído no seio do seu próprio coletivo.

A questão talvez não seja a busca da homogeneização do saber técnico, mas a desconcentração do poder, principalmente do poder decisório, associado a esse tipo de conhecimento:

Então é muito heterogêneo para um determinado contexto e a homogeneidade deveria estar prevista no conhecimento do que eu estou fazendo ali, então eu acho que essa é a principal questão. Esses embates eu acho que poderiam ser amenizados se todos tivessem com um nível de conhecimento semelhante né, parecido em relação ao que é apresentado ali (G1).

A atuação nos conselhos gestores deve ‘desmonopolizar’ o saber, e com ele o poder, tornando os CMS realmente espaços de diálogo e articulação entre os diferentes atores sociais. Essa desmonopolização vai pressupor a necessidade de educação permanente e formativa (WENDHAUSEN, 2006).

Um tipo de necessidade de conhecimento unânime entre os conselheiros entrevistados foi o entendimento do que é e pra que serve o controle social. Essa questão vai ser discutida mais a frente (item, 6.2.6), mas já revela que existem conhecimentos que podem e devem ser horizontalizados entre os conselheiros, mas que não devem fazer com que os conselheiros esqueçam a importância da sua composição diversa, principalmente no que se refere ao saber local dos usuários, capaz de entender e trazer para o diálogo a necessidade social (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010):

...o usuário não tem que entender de legislação, ele tem que entender da demanda da comunidade dele, se você não vai lá pra ver o que está acontecendo você discute em tese (U4).

Eu acho que eles trazem a realidade da ‘ponta’ importante. Porque, sobre o ponto de vista de gestão, muitas vezes, por mais que a gente esteja atento né, e seja esse o papel da gestão, nem sempre aqueles pontos que o usuário sente, a gestão enxerga, e nem sempre o que o usuário precisa, o gestor consegue responder. Então eu acho de suma importância (G1).

Neste sentido, as capacitações podem ser necessárias à medida que proporcionem um entendimento prévio mínimo do papel do CMS e do Controle Social e não na busca do aprofundamento de todos os assuntos, pois estes são infinitos dentro do espaço de participação social. Almejar um conhecimento do papel e das reponsabilidades do ‘ser conselheiro’ torna-se fundamental, proporcionando para aqueles que decidem escolhas conscientes. Para Freire (1987) o reconhecimento da realidade comum, pode estabelecer atuações práticas que visem, de uma forma crítica, a busca por transformar a realidade particular.

O entendimento da educação e com ela a formação do indivíduo leva à percepção de que realmente ninguém tem o ‘poder’ de libertar ninguém, e que também não é possível se libertar sozinho, que esse poder de transformação e libertação está na comunhão entre os homens e mulheres (FREIRE, 1987, p. 54). O pensar e agir consciente não pode ser transferido, delegado à outrem, ou decido na solidão, eles estão diretamente ligados ao coparticipar, o ‘co-pensar’ (FREIRE, 2011; GRACIA, 2014). Para tanto, metodologias de valorização do saber do usuário, como o Método em Roda proposto pela cogestão (CAMPOS, 2000), podem melhorar as relações de diálogo e diluir as possíveis hierarquias que estejam instituídas na relação entre os segmentos, transformando o próprio CMS em um espaço pedagógico de aprendizagem. Nesta direção, também parece fundamental que as reflexões bioéticas ampliem a capacidade crítica dos conselheiros, aclarando o caráter formal da igualdade dentro da democracia instituída, mas que na realidade é limitado e constantemente anulado pela desigualdade econômica (SARMENTO, 2012)

Segundo o MS, experiências de capacitação de conselheiros para atuarem de forma empoderada nas reuniões dos conselhos, têm gerado “avanços qualitativos no exercício da função” (BRASIL, 2002a, p. 7).

Silva (1996) destaca que seria possível e interessante estimular esse espaço de participação social dentro dos Conselhos de Saúde como componente educativo, pois à medida que os usuários passam a ter espaços para diálogos, seus processos decisórios tornam-se mais embasados, estabelecendo o desenvolvimento de um aprendizado contínuo.

Um questionamento levantado pelos conselheiros, é que superada a barreira da falta de capacitação/formação, a questão da alta rotatividade dos conselheiros ainda persistiria como um possível entrave para o desenvolvimento pedagógico do conselho:

Mas é que a cada dois anos entra gente nova, então toda vez que entra gente nova, tem que ter capacitação, nem que seja um único cidadão novo que entra (U3).

[...] até isso precisa melhorar. É muito pouco tempo, porque assim quando as pessoas começam a entender, troca, porque é complicado entender saúde, a gente já tem dificuldade, agora imagina uma pessoa que não é da área [...] (G2).

[...] na verdade, a capacitação tem que ser permanente. Você tem que ter uma política de capacitação pros conselheiros. O que ocorre é que nós temos uma alternância muito grande, porque quem tem o assento é a entidade, então o nome do conselheiro é responsabilidade da entidade, mas se você dialogasse, se a gestão dialogasse com a entidade, discutisse uma política pra ver se pelo menos em uma gestão de permanência do mesmo conselheiro, ou que fosse trocado o titular o suplente permanecessem durante todo esse tempo, e aí se faria uma capacitação pros dois... eu acho que isso daria maior qualidade ao CMS, sem dúvidas. Conhecimento sempre dá maior qualidade né... (U4).

Trazer essas questões para o diálogo é fundamental para o aprimoramento das políticas públicas, pois estas podem e devem se desenvolver com base nas vivências das suas experiências. Este poder de mudança das próprias políticas estabelecidas a partir das vivências da participação democrática é o que prevê a Cogestão - os espaços coletivos tornam-se estratégias de superação das capacidades assimétricas de

decisão, compartilhando-se o poder e publicizando as instituições (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010).

Um último problema ético encontrado, referente ao tema da capacitação nos CMS, está nessa dificuldade de democratizar o poder instituído, que por vezes fica concentrado naqueles que detêm a maior quantidade de informação, levando a decisões impostas e de forma não compartilhada por todos:

é frequente, um conselheiro não compreender um dado, isso acontece muito, porque as vezes a forma como é apresentado é a forma como a gestão quer apresentar o resultado, a gente tem que ter esse entendimento, quem tá apresentando ali é uma pessoa que está respondendo por aquela área politicamente, então ninguém apresenta dado que vá se prejudicar, não existe isso, no máximo existe um dado que vai gerar um pouquinho de conflito, ou dado que “ah gente tem que melhorar” [...] mas o conselho não quer ver só isso, o conselho quer ver o real, aquilo que a gente tem (G3).

Diminuir essa concentração de poder por meio das capacitações é primordial, porém, como visto, não tem sido bem-sucedido, principalmente porque se delega ao próprio grande concentrador de poder, como único detentor dos meios para a educação permanente. Se essa estrutura de poder é obra dos homens, a sua transformação também deverá ser obra desses homens, logo, cabe a estes serem sujeitos da transformação e não objetos dela (FREIRE, 2011).

Mesmo que a busca por diminuir a dificuldade de entendimento, causado pela diversidade de saberes, formações e culturas, for o foco de todos os envolvidos, ela vai continuar homogeneizando olhares quando a “troca” de conhecimentos for unidirecional. É como se o saber se tornasse prescritivo, o conselheiro deixa de decidir por si, e passar a decidir para outros, e em vez de se educar para a autonomia passa a se disciplinar uma dependência. O grande risco dessa homogeneização de olhares é a perda da diversidade do CMS, que é rica, tanto para a cogestão, como para a deliberação moral.

...a gente modela eles pra pensar de um jeito, tem tudo isso... Acaba que eles deixam de pensar como usuário talvez? Eu acho que sim... porque é importante... se não eles não conseguem acompanhar muitas discussões. Eles têm que

entender para poder acompanhar, por isso que eu não sei como organizar (G2).

Neste sentido caberia aos conselheiros, principalmente da gestão, compartilhar mais, desmonopolizando saber e poder. Sob este aspecto as capacitações para realmente serem permanentes, devem acontecer no dia-a-dia do CMS, pois assim poderiam contemplar conteúdos diversos, para além do técnico, deixando de ser feita “para”, mas “com” o CMS.

A democracia brasileira reforçada nos seus moldes participativos ajuda a sustentar a noção de direitos que o indivíduo exerce no convívio social, bem como seus deveres. Para tanto se fortalece a necessidade de buscar a autonomia desses cidadãos, fugindo do papel submisso que o paternalismo do Estado oferece (MALUF, CARVALHO, DINIZ, *et al.*, 2007). Situar a Bioética como uma forma reflexiva de transpor esse campo de poderes, informações e diferenças, auxilia na busca de fatores que proporcionem condições sociais e políticas para enfrentar as novas possibilidades de participação e com ela as, não tão novas, expressões da injustiça e da desigualdade (SARMENTO, 2012).

O pensar e agir ético tem o potencial de auxiliar os conselheiros a tomarem consciência do seu próprio papel na busca por autonomia – enquanto capacidade de tomar suas próprias decisões (MALUF, CARVALHO, DINIZ, *et al.*, 2007). O ato autônomo também pressupõe haver liberdade de ação, requerendo uma aptidão do indivíduo para agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas (MUÑOZ, FORTES, 1998 *apud* MALUF, CARVALHO, DINIZ *et al.*, 2007). Essa aptidão passa pelo acesso a um conhecimento adequado. Este conhecimento não se refere a um conhecimento técnico específico, mas sim na medida que existe a compreensão: da natureza da ação; das consequências previsíveis e dos resultados possíveis da execução, ou não, da ação (FADEN, BEAUCHAMP, 1986 *apud* MALUF, CARVALHO, DINIZ, *et al.*, 2007). Sob este olhar o próprio refletir-agir do cotidiano do CMS torna-se componente da possibilidade de autonomia dos conselheiros. Além do conhecimento exigido, a busca de uma formação autônoma é um aspecto fundamental para a transformação de indivíduos em agente ativos, sendo alguém que decide com intencionalidade e é capaz de enfrentar mecanismo externos de opressão (FADEN, BEAUCHAMP, 1986 *apud* MALUF, CARVALHO, DINIZ, *et al.*, 2007).

Além disso, o fortalecimento do indivíduo na busca por sua autonomia torna-se necessário entre os conselheiros na medida em que os CMS também são espaços de profissionais da saúde (com um histórico



cultural de paternalismo) e que decidem por um coletivo, exigindo uma reflexão contínua e o diálogo permanente entre os conselheiros.

A garantia disso (se referindo ao espaço para o segmento dos usuários) não quer dizer que haja uma garantia de discussão, uma garantia de outras coisas assim... mas o fato deles estarem lá representados já é um grande passo. Então se hoje não se colocam, talvez é por aquilo que eu te falei antes, que a gente não forma as pessoas. E não é informar, é formar mesmo, porque você se forma conselheiro (G3).

...o que eu acho que mais fez diferença no CMS, é que ao longo das reuniões, dentro das câmaras técnicas, nós vamos nos capacitando. Eles me ensinam e eu ensino pra eles, é uma troca né. E isso faz, quando alguém pergunta, não no intuito de “aquilo ali tá errado”. Mas eles perguntam como funciona isso, como funciona aquilo... é uma educação permanente. Essa é a formação do CMS (G2).

Sob estes diversos aspectos a dimensão pedagógica pode transcender o vazio da educação permanente no CMS para além da divulgação de informações, sendo necessária uma visão cognitiva do processo, baseada em metodologias, teorias e epistemes que alimentem o aprendizado por meio das próprias experiências, individuais e coletivas, possibilitando um aprender com o seu próprio operar (SILVA, 2008). Neste mesmo olhar caminham as contribuições de Campos (2000) com o fortalecimento do sujeito e da democracia institucional por meio de métodos de cogestão. Essa busca do educar-se no exercício decisório coletivo aumenta a capacidade deliberativa dos seus participantes, preparando-os para o exercício da deliberação moral.

Com um olhar já à frente, para além da capacitação pontual dos conselheiros, a 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a) sugeriu um processo de formação de toda a sociedade brasileira. Seu intuito foi, além do aumento quantitativo, a melhoria qualitativa do exercício de cidadania. Dentre as recomendações da 14ª Conferência estão a instituição de conteúdos curriculares relacionados com as políticas públicas (SUS, cidadania, participação da comunidade, controle social, educação em saúde, entre outros), no ensino fundamental, médio e nos cursos de graduação de universidades públicas e privadas, visando a

conscientização sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular e do Controle Social (BRASIL, 2012a).

A separação entre educação e política (ingênua ou astutamente consolidada) não é só irreal como perigosa. Pensar a educação sem ser voltada para a realidade da cidade é reduzi-la e não utilizar seu potencial transformador (MOLINA, 2011). Esta tentativa de reaproximar educação e política, como nos moldes da Paidéia grega, reascende o potencial participativo da democracia, e pode ser uma forma de, a longo prazo, diminuir a dependência do Controle Social do SUS das suas tão almejadas capacitações.

### 6.1.2 **Linguagem, comunicação, diálogo, deliberação: um processo ascendente.**

“[...] tem espaço para o diálogo, isso não significa que todo mundo utilize esse espaço... mas espaço para o diálogo tem” (U4).

A proposta de promover um diálogo entre os diversos setores do poder público e da sociedade civil representa um grande desafio, um deles é o da comunicação visto que, cada um dos setores da sociedade envolvido nesse diálogo tem um vocabulário próprio, seja técnico-científico ou não (BAPTISTA, 2008). Essa barreira para o diálogo pautada na dificuldade de entendimento foi debatida no item anterior, o que se propõe aqui é perceber e explorar a dimensão do diálogo dentro na sua realidade subjetiva – do querer deliberar realmente. O processo de comunicação até chegar na profundidade deliberativa vai envolver diversos fatores, dentre eles: as relações de poder e interesse; o entendimento do que está sendo posto; a necessidade de escuta; a abertura para a exposição de opiniões, o reconhecimento do outro como legítimo no diálogo e a presença da construção coletiva entre os conselheiros.

[...] a minha opinião às vezes diverge da dos outros conselheiros. Mesmo porque às vezes não há o entendimento de toda a situação, por todos, né? Aí é onde existem esses conflitos. É como eu digo: o entendimento da gestão não é o dos conselheiros, aí acontecem esses atritos (U1).

Este tem sido um dos obstáculos do CMS - transpor a barreira dos diferentes saberes, sem homogeneizar os conteúdos ao nível das especificidades, mas criando um domínio linguístico, ou seja, a

“construção coletiva de conceitos que possuem uma mesma semântica para as pessoas que participam” (SILVA, 1998, p.148), onde todos se compreendem no nível da comunicação.

...os técnicos da área, eles têm que ser capazes de transformar aquela linguagem numa linguagem acessível a todos os conselheiros porque ali nós temos pessoas da comunidade, que são perfeitamente capazes de compreender [...]. Tem que ser compreensível a todos e essa desculpa de que “não, vocês não sabem porque vocês não são técnicos”, não serve porque os dados são públicos, né? (U4).

...a pessoa que apresenta as vezes apresenta como se fosse óbvio, mas ela tem que entender que tem representantes ali de locais que nunca lidaram com aquele tipo de planilha, aquele tipo de número. Então tem que ser uma coisa mais facilitada sim, mais didática, digamos assim, que consiga tirar uma reflexão daquelas pessoas (G3).

Pautadas no modelo positivista de educação, as exposições de determinados conteúdos que deveriam trazer maior clareza ao diálogo dos conselheiros, acabam se reduzindo apenas à eficiência técnica, não estimulando a consciência crítica e a curiosidade criativa e indagadora, essenciais à cidadania que reconhece a realidade como algo possível de ser transformado (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2014). Muitos dos conselheiros utilizam apenas o momento da reunião para se aprimorarem nos assuntos do CMS, se a exposição do conteúdo e de todos os seus fatos não é compreensível, muito pouco se conseguirá aprofundar nas discussões posteriores. Essa questão das apresentações é tema recorrente nas reuniões sendo que muitos conselheiros já vêm exigindo essa tradução dos termos mais específicos, fato que vem sendo buscado e alcançado em alguma medida pelos expositores, embora ainda distante do ideal.

...a apresentação, ela é técnica, não tem como não ser, a gente diminuiu esse entrave técnico, deixamos ela mais assim pra leigo. Outra coisa, tecnicamente quem vive com aquilo ali tem um vocabulário, quem não convive com aquilo... então esse vocabulário tem que ser traduzido. (U5).

O conselheiro informa que no orçamento não aparece o projeto de manutenção dos CAPS porque ficaria num nível muito detalhado (Ata05;G1).

Coloca que é a segunda apresentação [...] que vê e foram praticamente idênticas [...] quando a informação é enrolada e não objetiva com diversas explicações, querendo ou não passa um ar de desconfiança, de como se a informação não fosse completa (Ata05;T4).

Uma das principais ênfases do conceito de Cogestão é a democratização do poder (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010). Neste sentido, há um distanciamento deste gerir compartilhado quando apenas um segmento, como no caso – a gestão, controla as informações, as filtra ou suprime conforme seu entendimento (este tema será aprofundado nos itens 6.2.1, 6.2.2 e 6.2.3). Existe uma necessidade legal das exposições por parte da gestão, como é o caso das prestações de contas trimestral e a proposta orçamentária anual da saúde (BRASIL, 2003). O problema ético aqui identificado encontra-se na supressão de informações no processo comunicativo ou pela omissão daqueles que detêm a informação, seja por dificuldades de traduções técnicas ou mesmo por questões de interesse e poder.

[...] a gente tenta traduzir isso para os usuários. Tanto que quando vai alguém da nossa secretaria que eu vejo que ta falando de uma forma mais difícil eu procuro dar umas dicas, eu olho a apresentação antes e procuro colocar, primeiro porque vai surgir polemica [...]. Então a gente tenta sempre dar umas dicas pra que as pessoas tomem cuidado na hora de falar com os conselheiros pra que eles entendam o que a gente ta falando. Mesmo sendo técnico tudo é possível de ser explicado, então o que pode ser suprimido pra não atrapalhar o entendimento a gente tenta suprimir (G2).

...eu considero até uma falta de respeito, porque qualquer um que vai apresentar esse trabalho tem que ter esse cuidado, de mostrar pro outro, se fazer entender, chegar no entendimento que se tem. E aí quando tens um conselho ele tem uma variedade de pessoas com formações diferentes, com concepções diferentes, então você precisa chegar nessas pessoas. E quando você apresenta daquele

jeito, que é cheio de sigla, cheio de coisas, você não quer chegar nesse cara, então você nem quer, nem dá o direito dele ser realmente participante na discussão, e isso pra mim já é bem problemático (G3).

[...] as pessoas veem tanta dificuldade e as vezes quando a gente vai lá ver os dados não existe a dificuldade nos dados. Então isso é difícil sabe, o papel do conselheiro é mediar isso, justamente tentar entender, porque aqui não existe e aqui o cara tá apontando que tem, então acho que pro conselho o principal é isso (G3).

De acordo com Gracia (2014) um primeiro momento do processo dialógico, que pode vir a envolver questões morais - aonde ele tornar-se-ia deliberativo, deve trazer a plena exposição de todos os fatos envolvidos na questão a ser dialogada (no processo dialógico), ou deliberadas (na dialética que irá envolver para além dos fatos, os valores e deveres). Se essa exposição total dos fatos envolvidos não ocorrer não é possível para os conselheiros dialogar em profundidade, com a autonomia de quem decide tendo ciência dos pontos envolvidos. Cabe aqui perguntar a quem interessa essa supressão de informação que se torna uma grande barreira para o Controle Social. É importante que os conselheiros consigam problematizar essa questão, tendo consciência que de nada adianta a criação institucional dos espaços de participação social se não houver por parte da sociedade uma constante pressão e monitoramento, capaz de continuar o processo de democratização deste poder historicamente centrado no Estado.

Essas barreiras linguísticas e comunicativas dificultam o estabelecimento do diálogo entre os conselheiros, diminuindo a possibilidade de estruturação de uma realidade própria deste grupo, onde a facilidade de entendimento mútuo viabilizaria a construção coletiva (SILVA, 1998). Essa não estruturação de uma realidade conjunta, ou o estabelecimento de diferentes percepções de realidade entre os conselheiros, pode ser constatado nas falas dos gestores responsáveis por expor grande parte das informações e dados dentro do CMS:

...se eu mudei muito é porque eu tive que aprender com eles a melhor forma, eu não posso apresentar pra mim eu tenho que apresentar pra eles, eu tenho que falar de um jeito que eles entendam, e como é o jeito que eles entendem? Então o conselho foi um ator extremamente importante para que se tivesse

toda essa mudança que hoje a gente tem [...] e dessa mudança cultural de transparência. A gente sempre falou com o CMS não numa posição de fiscalizador e de cobrança, mas na posição de construir junto, e essa que eu acho que é a diferença (G2).

É interessante destacar que de fato ocorreu uma melhora (e neste ponto, unânime entre os conselheiros), na forma de apresentação dos dados da secretaria, num sentido de diminuir a barreira da linguagem, principalmente técnica. De fato, muito se conquistou, inclusive pelas diferentes políticas de incentivo ao Controle Social que vem sendo implementadas (como a PNH e o ParticipaSUS), mas ainda existe uma série de dificuldades ao diálogo e a construção coletiva dentro do CMS:

É que já vem tudo muito marcado, o orçamento vem de lá, não é discutido muito... ah se pudesse discutir coisas como “ah esse ano nós vamos investir mais nos profissionais” entendeu? mas eu não senti que essa discussão eu possa ter lá. (U3).

Eu acho que porque já vem pronto, entendeu? Não tem a construção que deveria se ter [...] Não é vindo com uma coisa pronta e “é assim tá bom?”, “ah não, põe uma vírgula ali que fica melhor”, “ah tá ótimo” e pronto acabou... [...] Eu acho que tem que ter mais dinâmica (T1).

[...] assim eu não sei, no outro conselho que eu participo não é assim, a gente não tem isso de aprova ou não aprova ali. A gente busca as evidencias, vê a situação, mas é claro é outra dinâmica de Conselho (G3).

Apesar de alguns conselheiros sentirem que a construção de ideias e ações dentro do CMS ocorre de forma coletiva, muito do que foi constatado nesse estudo indica que a maioria dos temas postos em pauta para serem definidos dentro do CMS já vem de alguma forma estruturada e bem encaminhada. Esta não participação dos conselheiros desde a concepção das ações e durante seu desenvolvimento, gera uma sensação de não pertencimento ao que está sendo proposto, e uma consequente não adesão (SILVA, 1998). O se sentir pertencente é que pode gerar a consciência de ter responsabilidades e obrigações de lealdade para com essa comunidade (CORTINA, 2005b). Se esse pertencimento não ocorre, dificilmente os cidadãos se sentirão motivados a interferir no curso da sua

polis, produzindo-se com isso um espaço público repleto de representantes que se sentem incapazes e desanimados.

Para Gracia (2014), o processo verdadeiramente deliberativo necessita que os seus atores entendam que seu ponto de vista é, e sempre será, parcial, e que para aumentarmos a prudência de nossas ações necessitamos aumentar as perspectivas e olhares sobre aquele ponto em questão, ou seja, necessitamos de outros participantes no processo. Esta necessidade de abarcar diferentes olhares se aplica impreterivelmente para as questões públicas, principalmente por envolverem diferentes valores sociais e individuais e diferentes deveres políticos, econômicos e culturais. Assim identifica-se mais um problema ético deste CMS – a não construção coletiva, tirando o caráter deliberativo deste espaço público, tornando-o muitas vezes um conselho consultivo.

Outra questão levantada pelos conselheiros foi que, mesmo quando há a possibilidade de deliberação e construção coletiva, os entraves no diálogo voltam-se para a dificuldade da escuta ativa e do reconhecimento do outro como legítimo na relação, levando à barreira das imposições sobre as construções:

...enxergar nos outros conselheiros, independente se são gestores ou não, que todas as visões sobre a mesma coisa são importantes. Você tem que se dar essa oportunidade, de ouvir todas as visões sobre determinado assunto. E as vezes não é isso que acontece né, porque tem conselheiro, do governo e da sociedade civil, que só quer que a visão dele prevaleça, e acabou, indiscutível aquilo, e que se alguém coloca outra posição aí já viu... (U4).

Já vi pessoas discutindo por quererem impor uma opinião, né o seu ponto de vista, de que o outro é contra (G1).

Essa forma de comunicação que trabalha na tentativa de convencimento e imposição de opiniões não é dialógica, não servindo para espaços colegiados e deliberativos como o CMS, pois além das decisões serem mais prudentes na medida em que conseguem aproximar diferentes visões (GRACIA, 2014), o pensar ético ao nível do indivíduo não se baseia na inflexão do pensamento, mas na curiosidade e no coparticipar no mundo (FREIRE, 2011). Neste sentido a negação do diálogo pela imposição de opiniões torna-se um problema ético bastante marcante, principalmente por parte daqueles que detém algum tipo de poder:

Presidente coloca que estas questões sejam discutidas na Mesa Diretora [...] a conselheira coloca que quem deve decidir é a Plenária do Conselho [...] Presidente coloca que podem haver momentos conflitantes entre a Câmara Técnica e a Mesa Diretora, ainda diz que se as duas se unissem estariam muito bem (Ata05).

...deu pra entender que nós conselheiros não estávamos aceitando qualquer coisa, nós fomos punidos exatamente porque não concordávamos com certas coisas. Aí ele (o presidente) passou a deixar de fazer certos intuitos de modificar aquilo que estava assim, querendo mudar a regra do jogo, querendo impor ao conselho (U1).

...ele interrompia toda vez. Ele cortava a fala dos conselheiros não deixava eles concluírem, ele tem que aprender né, num processo participativo, colegiado você precisa aprender a ouvir, eu acho que o nosso presidente lá, pela minha avaliação hoje, ele não sabe ouvir, ele quer resolver a pauta que ele traz pro conselho, aí contrariou ele já viu... [...] ele não gosta de divergências, se puder evitar ele vai evitar a qualquer custo, esse é o sentimento que eu tenho com relação à esse conselho, a essa presidência do conselho (U3).

Para que ocorra um diálogo que para além da lógica, consiga penetrar no mundo da dialética (da tese, antítese e síntese), faz-se necessário que seus participantes reconheçam uns aos outros como legítimos nesse caminhar construtivo (SILVA, 1998). De igual forma não podem existir mudanças efetivas onde não ocorrem constantes reflexões e intervenções, possibilitando a capacidade de mudanças individuais, de pensamento e prática (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2014).

A descentralização do poder, principalmente do poder que se concentra nas mãos do presidente passa pela própria capacidade de enfrentamento dos conselheiros. Se esse enfrentamento não ocorre o espaço do CMS fica fadado a diálogos inibidos e decisões induzidas. A construção de relações baseadas no respeito e que têm como método o diálogo necessita estar apoiada no compartilhamento do poder e desmonopolização do saber (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2014). Essa relação horizontalizada, com autonomia de pensamento e liberdade de



expressão de opinião parece ocorrer ainda de forma frágil, chegando por vezes ao nível da agressão e opressão:

...o secretário levantou a voz pra ele e ele levantou a voz para o secretário, muito rispidamente. Outra discussão de alguns anos atrás... alguns anos atrás nos tínhamos muitas discussões. O ex-secretário era uma pessoa muito difícil, muito difícil... (U2)

Ah teve uma vez que o secretário tacou o sapato na minha cabeça, só não me acertou porque eu desviei [...] Os outros os conselheiros continuaram tudo igual, começaram a rir, e eu fiquei na minha, e a gente foi pro Ministério Público, aí houve outras situações, eu tomei processo... aí ele disse que eu tinha desacatado ele, porque ele era o secretário quem eu achava que era... afinal, de contas se ele diz que pedra é pedra eu não posso questionar, a minha função é ser conselheira, e é exatamente aí que eu não concordo, se eu tô vendo que a pedra não é pedra é um pau, eu não vou dizer pra ti que é só porque tu quer.. (T2)

Quando as emoções nos invadem não é possível buscar uma decisão prudente, sendo necessário esperar pelo reequilíbrio emocional (GRACIA, 2014). Essas discussões em que as emoções se sobrepunham ao racional, chegando ao nível da agressão verbal ou até mesmo física, negando qualquer tipo de possibilidade de diálogo, foram relatos de gestões anteriores. De acordo com os conselheiros houve no CMS uma evolução em termos de respeito e busca de um ambiente emocionalmente favorável ao diálogo, embora ainda persista a opressão e a inibição das discussões, que não raramente, levam ao silenciamento de grande parte das opiniões, em um espaço onde o poder não é horizontalizado. Na vivência coletiva temos que ser capazes de escutar os outros e entender que eles podem verdadeiramente nos ajudar na busca pela melhor decisão (GRACIA, 2014).

[...] nunca aconteceu comigo assim, de algum tema não ser esclarecido ou de criar qualquer tipo de conflito ou de quando eu fosse me colocar soasse aquele ar de “ah você de novo”. Mas eu já vi acontecer com outros conselheiros sabe... e eu vejo assim que quando as pessoas são bastante é... e não é só a crítica pela crítica, e não é ser só crítico, mas observadores dos meandros mesmo de uma

reunião, as vezes isso não é visto com bons olhos... (G3).

Olha, eu acho que todos têm direito à palavra ali quando são inscritos, mas nem tudo que é dito é respeitado [...] Eu vejo que quando é uma coisa que tem mais gente que está concordando com quem está exposto, há um movimento de defesa. Ou quando não, quando aquela pessoa acaba ficando meio que sozinha na discussão, há um silenciamento. Há um silenciamento. E quando o nível da coisa toma um vulto maior, ou seja um nível de defesa maior em relação a um conselheiro eu acho que a hierarquia se sobrepõe: “deu, ninguém mais vai falar sobre isso, está encerrado o assunto”. Talvez pra não chegar num nível de conflito maior. Mas eu não sei se essa é a forma mais correta de resolver um conflito (G1).

Interessante destacar que esse movimento de “defesa” de uma opinião torna-se rico em um ambiente em que as pessoas tentam buscar, a partir de diferentes olhares, alguma forma de decisão compartilhada. De acordo com Gracia (2014), as decisões que envolvem mais do que fatos, valores morais, não exigem necessariamente um consenso entre todos os participantes, visto que trabalham com mais do que somente uma resposta para o problema. Encontrar essas diferentes respostas para determinados problemas exige muita deliberação e uma lógica polivalente. O problema é que na busca da decisão ‘verdadeira’ (como se fosse única e certa) as pessoas acabam trabalhando na lógica bivalente da verdade e do erro (GRACIA, 2014). Neste sentido o que geralmente acaba ocorrendo é a decisão à base do voto, que leva à supressão de uma minoria, pela maioria.

...a votação eu acho antidemocrático: “permaneça como está”, pronto votou. Pra gente, até pro gestor é bom, vou te falar, pro gestor é... é até difícil falar, porque eu estou numa posição de gestor, mas pra gestão é tranquilo, mas eu não sei, não é um mecanismo... permaneçam como está então acabou, votado. Não sei, tinha que ser um negócio de consenso... discuti antes, já discuti tudo, mas e aí vai pra votação. Gestor sempre vai perder, sempre vai perder, ele é minoria. Tem coisa que a gestão bota que não é legal, eu sei disso, né não vou dizer... a gente tenta fazer tudo o melhor possível, mas sei lá, as vezes eles consideram que não é uma

coisa adequada, ou por alguma questão política. Então eu acho que o método de votação não é legal, não tenho ideia de como fazer diferente, só sei que não é bom (G2).

Essa visão de um representante da gestão mostra o desconforto pela votação justamente pela gestão ser minoria, o que comprova a insatisfação das minorias quando a decisão é a base do voto. A questão que o conselheiro destaca é a forma como se procede a votação – “os que estão de acordo permaneçam como estão”, e pronto está votado? Esta prática não estimula o diálogo, mesmo porque não fornece o tempo necessário para a discussão. Cabe aos conselheiros refletir sobre essa prática, pois o problema não está nela ou na votação, ambas são reflexos do modus operandi do CMS. Qual é a intenção de ser assim? Essa prática é intencional? É desconhecimento de outras formas? Há desinteresse em uma forma que promova o diálogo e quem sabe até deliberação? Essas reflexões deveriam ser compartilhadas pelos conselheiros como forma de evolução de suas atividades internas.

Um contraponto a fala anterior é a visão de outro conselheiro, que se coloca numa posição favorável a uma maior constância nas votações:

[...] num espaço como aquele, eu acho que a gente precisaria debater mais, e colocar mais em votação alguns pontos críticos. Parece que é um tabu, já tem uma sistematização de como funciona [...] eu que tô um ano aí eu vejo que pouca coisa entrou em votação. [...] porque daí entra a discussão, fazem as falas e no fim entra em consenso e pronto. Não é direcionado, é discutido e pede a manifestação dos presentes, mas não tem aquela dinâmica de ir pra votação, é mais discursivo. Eu gostaria que fosse mais debatido e se tirasse um consenso. E pergunta-se se está todo mundo de acordo [...] é meio sabonete assim, passa discute, fulano de tal fala uma coisa e ninguém pede, “ah eu quero que vote”... (T1).

Ao que todos concordam e a proposta é levada à votação, sendo aprovada por unanimidade (Ata01).

A votação parece só ser pedida pelo gestor quando este não consegue impor sua opinião logo de início (Memo02; Ata04).

A dificuldade percebida por esse conselheiro está justamente neste ‘consenso’ não aprofundado, de exposições e colocações diferentes, por vezes divergentes, e que não são exploradas para uma verdadeira decisão coletiva - um consenso que não é verdadeiro, pois se fosse seria melhor que o voto. Como não há consenso real aqueles em maior número desejam a votação, ao contrário dos que estão em menor número. Talvez pelo próprio ambiente hierárquico do CMS chegar à votação seria uma conquista para este conselheiro, pois ao menos haveria a chance de não ser a opinião da gestão a prevalecer. Assim a votação como forma de decisão é outro problema ético do CMS que precisa ser dialogado, pois se por um lado não há consenso de fato pois não há um verdadeiro diálogo, mesmo com a votação, pelo próprio método em que é conduzida, acaba muitas vezes inibindo possíveis formas de expressar opiniões. De fato, em um conselho deliberativo, a votação poderia ser o último recurso, nunca o padrão.

Uma grande dificuldade para o diálogo construtivo, indicada pelos conselheiros, foi a questão do pouco tempo para as discussões em pauta, e mesmo o pouco tempo para a análise dos temas em pauta:

...a gente iniciou uma briga entre aspas, algumas discussões mais ásperas sim, mas alguns embates de que nós não podíamos aprovar as coisas com pressa. Só é possível aprovar isso com discussão (U2).

...eles vão lá e apresentam no dia e o cara não recebeu nada antes, e aí como que você vai votar? Como que você vai aprovar? Se não recebeu pra poder analisar [...]Aí ele vai lá apresenta um powerpointzinho e pronto? (U3).

...propõe alteração de pauta sugerindo que todos os itens [...] sejam substituídos pela apresentação LOA, tendo em vista que tal apresentação, tem prazo legal [...] e mais relevante que os demais itens a serem apresentados na pauta (Ata08).

O fato de só ter uma reunião por mês é pouco, você não consegue debater no tempo necessário [...] enfim no final sempre acaba se aprovando né, porque senão não vai pra frente e você também não quer empacar, você quer que as coisas fluam né. Aí fica nesse empasse (U4).

Sem dúvida a questão do pouco tempo para o diálogo e a tomada de decisão, muitas vezes aliada à urgência legal desses pareceres, consiste em um problema ético, principalmente nos momentos em que as decisões envolvem questões morais. De acordo com Gracia (2014) trabalhar com um tempo bem manejado é fundamental na deliberação moral, pois permite encontrar cursos de ações que muitas vezes são melhores que os decididos até o momento. Por vezes é o tempo que permite clarear muitas questões e até resolver outras.

Uma saída para essa falta de tempo encontrada pelo CMS foi a criação de uma Câmara Técnica (CT).

...a câmara técnica não tem poder de deliberação, mas o que acontece, quando o assunto é muito controverso ou ele é muito extenso, a câmara técnica discute, porque a câmara técnica é menor, aí ela discute aquele assunto e leva na reunião. É um certo filtro né, tem uma relação de confiança porque a câmara técnica é o conselho né (U4).

Discutimos abertamente todas as situações, e os técnicos são chamados pra apresentar tecnicamente tudo antes de chegar ao conselho. Não chega mais no conselho se não passar pela câmara técnica. E aí a discussão antecede, e aí as urgências deixam de ser as urgências no momento da decisão. Elas passam ser discutidas uma semana antes. Isso ficou muito interessante (U2).

Existe um grande consenso entre os conselheiros sobre as melhorias trazidas desde a criação da CT, principalmente as que se referem a um melhor entendimento e aprofundamento das discussões em cima dos temas pautados. A questão que aqui se levanta é a diminuição da diversidade de opiniões e valores devido ao menor número de conselheiros que dialogam, pois apesar da CT trabalhar de forma ‘ampliada’, ou seja, aberta a todos (conselheiros e comunidade), ainda são poucos os que participam. Este ponderar entre um menor número de pessoas para melhorar o diálogo com uma possível perda de diferentes olhares é outro problema ético encontrado. Para Gracia (2014), nos processos coletivos mais perto estamos da busca dos melhores cursos de ação quanto mais distintos sejam os pontos de vista postos em diálogo:

[...] ali que a gente já traz, praticamente, uma opinião formada diante da situação da secretaria [...] aí a gente já tenta resolver e trazer pra plenária

simplesmente para a aprovação. São membros do conselho que fazem parte da CT e, evidentemente, que um número menor de ideias resolve melhor o problema (U1).

Essa questão da paridade em comissão, eu acho que... eu também discuti muito essa questão da paridade porque eu acho que deve sim ter, mas em comissão não sei... acho que a menos que a comissão tenha votação, se for uma comissão que vai preparar uma proposta não vejo necessidade de paridade em comissões né, porque ali você vai discutir as ideias, quem vai aprovar é o coletivo (U3).

Tanto o número diminuto de conselheiros, como a não observação da paridade na CT, e em outras comissões, parecem não preocupar os conselheiros. Mesmo que não seja opinião de todos, há uma certa acomodação em cima das decisões (que são na realidade recomendações) trazidas pela CT, não tendo maiores diálogos e discordâncias em cima desse parecer. De fato, o que foi chamado de CT (mas que não discute necessariamente apenas questões técnicas), vem potencializando os espaços de diálogo dentro do CMS. Acontece que esta melhoria não deve tirar a responsabilidade sobre as reuniões das plenárias, que necessitam também caminhar para a direção do maior diálogo e na busca por aproximar o CMS da prática da deliberação moral.

...eu realmente deixo pra fazer os questionamentos dentro da câmara técnica, até porque que eu sei a correria que são as nossas reuniões da plenária assim, e alguns momentos você sente até que eles preferem que você não pergunte, e isso aí eticamente me incomoda, porque quem mais pergunta sempre é apontado: “hum, você de novo”. Então isso já não é bom. E aí parte de uma insistência pessoal mesmo, sabe, as pessoas têm que ser insistentes [...] (G3).

...no geral acho que a gente tem diálogo. Tem espaço para o diálogo, isso não significa que todo mundo utilize esse espaço, que todos os conselheiros utilizem, mas espaço para o diálogo tem (U4).

Esse espaço para o diálogo apesar de ‘aberto’ a todos, constitui-se num espaço onde ocorrem inibições explícitas e/ou subjetivas e que não

geram resultados de fato, pois muitas das discussões não saem do nível do discurso, além de serem, muitas vezes, direcionadas por aqueles que conduzem as reuniões e concentram em si muito do poder decisório. Neste sentido o espaço para diálogo demonstra necessitar de uma metodologia que aumente a horizontalidade das decisões, trabalhe com mais tempo e legitime todos nessa relação dialógica e, assim que possível, dialética.

...outra coisa que eu já disse várias vezes e digo de novo, o CMS deveria ter umas aulinhas de como se reunir, pessoal não sabe falar, pessoal começa a falar, falar, falar e diverge muito, não é objetivo nas suas perguntas nem nas suas respostas, não sabe nem pedir as coisas. Essas coisas a gente questiona muito (U5).

O que começou a mudar, alguns conselheiros começaram acordar pro fato de que existe muita coisa técnica sim, mas muita coisa pode ser resolvida sem questões meramente técnicas. As questões técnicas vão ser tratadas por técnicos, conselheiros que tenham o conhecimento técnico pra isso. Caso contrário tem que ter sim a posição de cada um, a posição de sua comunidade (U2)

Essas percepções de que o CMS precisa trabalhar com metodologias que melhorem qualitativamente o diálogo, e que existem opiniões para além do saber técnico e que devem ser estimuladas recomendam os referenciais da cogestão (CAMPOS, 2000) e da deliberação moral (GRACIA, 2014) para preencher o vazio de educação permanente. Tanto a cogestão como a deliberação moral têm um potencial cognitivo nos seus processos, alimentado o aprendizado a partir de suas próprias experiências (SILVA, 1998). Assim quanto mais se dialoga dentro do CMS, mais se evolui e se aumentam as possibilidades de discussões mais aprofundadas. Essa possibilidade de melhorar a dialógica dentro dos CMS aproxima os conselheiros da condição de deliberarem moralmente, levando a conhecerem-se mais e a respeitarem-se mais (GRACIA, 2014). Segundo Gracia (2014) este é um dos grandes papéis da Bioética - ajudar a transpor a barreira da imposição de pontos de vista e da dogmatização de opiniões ensinadas desde a educação primária, promovendo a deliberação não só no âmbito sanitário, mas em toda a sociedade.

### 6.1.3 A valorização dos meios frente aos fins.

O Vazio da Educação Permanente permitiu a categorização de diversos problemas éticos, que podem ser sistematicamente visualizados no Quadro 15. A identificação destes problemas reais se deu a partir da sua aproximação com a teoria encontrada nos referenciais adotados que permitiram visualizar um CMS pouco fortalecido pela formação permanente e distante de estabelecer uma deliberação efetiva.

Quadro 15 – Problemas Éticos encontrados na Supercategoria do Vazio de Educação Permanente, e distribuídos nas suas respectivas categorias

Vazio da Educação Permanente	Capacitação	Exigir uma tomada de decisão sem o compartilhamento de conhecimentos minimamente necessários.
		Exigência e concepção de um processo pedagógico que não inclui seus sujeitos.
		Condicionar a aprendizagem de um grupo altamente diverso unicamente à capacidade individual de cada sujeito.
		Supervalorizar o conhecimento técnico em detrimento dos demais conhecimentos.
		Poder decisório concentrado nos que detém as informações técnicas.
	Linguagem, comunicação, diálogo, deliberação.	Supressão de informações no processo comunicativo.
		Falta de construções coletivas.
		Imposição de opiniões.
		Votação como método decisório
		Exigência da tomada de decisão sem tempo apropriado para o diálogo
		Diminuir o número de partícipes no diálogo como forma de melhorar a ponderação

Fonte: autoral, 2015.

Possíveis soluções para esses problemas éticos podem ser sugeridas a partir do olhar sobre a dimensão da educação permanente. A comparação entre a prática do que realmente é e a teoria do que poderia ser nos possibilitou alguns indícios de estratégias que poderiam ser utilizadas no âmbito do CMS, principalmente metodologias que permitem aprender com e nos próprios processos participativos. Como os problemas morais nesses espaços de participação social envolvem valores por vezes conflitantes, não caberia desenvolver protocolos ou algum outro recurso apriorístico. A tentativa de aproximar a prática da teoria não é



colocá-las como contraditórias que devem ser sobrepostas de toda maneira. A intenção de evidenciá-las é justamente a de buscar as mútuas contribuições para que ambas, teoria e prática, possam se aprimorar e encontrar sua ‘justa medida’.

O vazio da educação permanente evidenciou a necessidade de uma pedagogia do diálogo dentro do CMS. Uma pedagogia baseada na valorização do outro como legítimo na construção coletiva, capaz de consolidar um Controle Social fundamentado numa razão substantiva, sustentado por justificativas humanistas e socialmente comprometidas, onde seja possível a valorização dos meios frente aos fins.

## 6.2 DIMENSÃO POLÍTICA: O VAZIO DA RESPONSABILIDADE LEGAL

Nesta supercategoria concentram-se os problemas éticos relacionados a aspectos normativo-institucionais dentro do CMS, e que podem ser evidenciados pela reflexão da atual prática do conjunto de leis e normas regulatórias dentro desses espaços de participação social. Para além do caráter institucional, também se observou os problemas éticos ‘instituídos’ nesses espaços, que brotam da dificuldade de produção de um comportamento público coerente com o progresso moral já verificado na legislação, e principalmente comprometido com a população (GARRAFA, 2003). Trata-se de repensar os valores nos espaços públicos impregnados por relações de poder, pelo espírito competitivo, e pela exclusão do que é diverso (SILVA, 2006).

Dar condições para que a democracia participativa se efetive vai para além da simples regulamentação e formalização da participação com todos sendo iguais na tomada de decisão. Essa legitimação formal (legalização) da igualdade decisória não encontra correspondência com a realidade da sociedade desigual em que vivemos (SARMENTO, 2012).

Tendo essas questões em mente, os problemas éticos que necessitam de algum suporte político foram identificados em concentradas nas seguintes categorias temáticas: Autonomia; Secretário de Saúde como Presidente; Hierarquia; Relação entre os Segmentos; Articulação, Papel do Controle Social e Profissionalização.

### 6.2.1 **Concentração de poder, enfrentamento e autonomia: a atual prática da cultura política.**

“[...] alguns acreditam que se não votarem do jeito do secretário ele pode não colocar um serviço na minha comunidade. Gente não é assim... não dá para continuar assim, pensando desse jeito” (U6).

De acordo com Campos (2000), é na radical diferença de poder entre a cúpula diretiva e os agentes de produção que se baseia o modelo gerencial hegemônico. Para o autor a construção e o estímulo à autonomia entre os agentes de produção nunca foi tida como foco real para os estudiosos das escolas de administração - os dirigentes sempre mantiveram o direito à expressão de seus interesses e subjetividades. Aos demais cabia somente objetivar-se na racionalidade quase mecânica da sua função.

Quando se propõe que os Conselhos de Saúde trabalhem a partir da participação da sociedade “na formulação de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990, p.4), aproxima-se os agentes de produção (prestadores de serviço, trabalhadores e usuários) dos, até então sempre isolados, agentes diretivos (gestores), colocando-os em pé de igualdade decisória. O problema é que a garantia legal dessa igualdade não garante sua efetivação no espaço do CMS:

...as nossas pautas de reunião elas são todas engolidas pela gestão. Os encaminhamentos, aprovação disso, aprovação daquilo [...] O próprio conselho não gera uma pauta não tem um momento... existe o que foi discutido na CT, mas o que a gente discute na CT são os documentos da gestão, é LOAs, é planejamento, o que já vem da gestão entendeu? Não existe assim uma pauta em que o conselho coloque as suas demandas, as suas proposições [...] (G3).

...às vezes o presidente, ele procura pôr fim a determinados diálogos né? E como o CMS ainda tem muita gente nova, quer dizer não tá tão se sentindo autoridade pra dizer: “olha, seu presidente, não é assim e tal” (U4).

A resistência em se desmonopolizar o poder aliada às dificuldades de enfrentamento dos conselheiros levam a um quadro de pouca ou nenhuma autonomia do CMS. Existe um “esforço subjetivo dos dominantes para liquidar com um padrão de subjetividade que autorize as massas a expressarem seus desejos e interesses” (CAMPOS, 2000, p.34).

Esse esforço ‘subjetivo’ em se manter o poder nas mãos do segmento da gestão pode ser observado na própria postura paternalista da secretaria de saúde sobre o CMS:

Tem uma análise que eu sempre uso assim, de que o executivo era muito paternalista com os conselhos. E os conselhos aceitavam. E isso aí se tu analisas as leis, os procedimentos no dia a dia, a gente chega também a essa conclusão. [...] E não é só no nosso município, é o contexto nacional todo. Pode ver que o CNS está dentro do prédio do ministério, e onde que está o CES? Está dentro do prédio da secretaria estadual. Nós estamos fora por falta de espaço, mas estão construindo lá SMS e nós vamos pra lá. Sabe, isso já é a paternalismo [...] não é que eu seja totalmente contra que a gente fique junto com a secretaria, é quando a gente quer trabalhar junto você pode estar aqui e o CMS estar a 10km de distância, é só se comunicar que dá, mas o CMS junto, pelo lado do conselho né, ele sente que está participando da vida pública. E pelo outro lado, pelo lado bom a secretaria também acha que ela pode se beneficiar mais com o CMS com ela. Esse é o lado de pai e filho vivendo harmonicamente (U5).

Seria ingênuo pensar que a simples implementação das instâncias colegiadas e deliberativas iriam eliminar a burocratização e a concentração de poder (CAMPOS, 2000). Segundo o autor, esses espaços de participação coletiva têm um grande potencial de levar a uma maior autonomia reflexiva e de poder decisório dos seus membros se, por meio de metodologias de estímulo à subjetivação dos sujeitos, houver espaço e tempo para escuta e elaboração em grupo de ideias e de tomada de decisões.

...eu acredito é que deveria existir uma obrigatoriedade na legislação orçamentária que fosse definido uma dotação orçamentária para o conselho. E isso não existe. E o conselho fica sempre subordinado às exigências da secretaria. Aí eles alegam que não tem dinheiro. Nunca tem. E se não tem dinheiro, pouca coisa pode-se fazer (U1).

A recomendação do Conselho Nacional é que o CMS tenha seu orçamento próprio só o orçamento, se o dinheiro que vier pro CMS não é ele que vai gerir porque têm normas que tem que obedecer, protocolos. [...] O CMS, por aquilo de estar junto com a secretaria, ele não tem uma independência do controle dos seus gastos, por exemplo, xerox, café, açúcar, a gente pega no almoxarifado, isso aí tudo não tem assim uma média de quanto o CMS gasta, nós queríamos ter isso aí, nós estamos pedindo a tempo pra saber o que a gente gasta, até pra ajudar assim (U5).

De acordo com a Quarta Diretriz, artigo IV da resolução nº 333 do CNS: “O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde” (BRASIL 2003, p.7). Essa dificuldade de realização prática dos mecanismos assegurados por lei é imposta pelo histórico de burocratização e concentração de poder citados por Campos (2000). Assim como existe o lento caminhar do Controle Social na sua busca emancipatória, há uma dificuldade e/ou o desinteresse daqueles que sempre detiveram o controle em emancipar seus controlados.

O que acontece: a gente não tem acesso, ou não é convidado, ou não se faz participante nessas discussões com as outras esferas, entendeu? Então é uma coisa muito fechada [...] Tipo “ah tem uma reunião no CES e tem um financiamento que a gente precisa pedir” isso não acontece, é entre gestor e gestor, então fica uma coisa muito fechada. É aonde eu coloco o direcionamento da intenção política (T1).

Uma articulação melhor, uma autonomia pra se colocar em algumas questões, não ficar tão na defensiva às vezes, sabe, entender que quando a gestão se posiciona com alguma coisa o Conselho pode se posicionar ao contrário. Esse entendimento ainda é muito cuidadoso, ainda é feito com muito cuidado pelos próprios conselheiros sabe, acho que falta ainda uma ousadia digamos assim, mas não é por falta de vontade, é que você precisa conhecer muito bem a autonomia de um CMS pra você conseguir dar esses passos (G3).

Entende todas as questões e as desculpas do Secretário enquanto conselheira, mas o que aconteceu é gravíssimo, leu toda a legislação [...] o erro está em produzir-se uma resolução do Conselho sem o consentimento deste (Ata05;T4).

Os mecanismos de controle sobre a maior ou menos autonomia dos conselheiros se embasam na “‘utopia concreta’ de ordenar de maneira racional, metódica e harmônica, coisas e pessoas segundo a vontade e projetos dos superiores” (CAMPOS, 2000, p. 34). Os mecanismos de controle se reformularam ao longo da história, do terror à sedução, passando pelos modernos sistemas de prestação de contas, diferentes arranjos para de forma objetivamente subjetiva dominar os ‘subordinados’.

[...] aí que tá o negócio, não podia praticamente questionar os fatos. Não podia. Pelo menos eu fiquei marginalizado alguns anos. E houve um tempo que ele (o secretário de saúde da gestão anterior) esteve no comando, aí eu tinha que esperar o momento para que não houvesse o conflito (U1).

O secretário atual é muito inteligente, ele não vai muito pro confronto, ele tem uma voz muito macia, mas ele acaba fazendo muitas vezes o que ele quer, do jeito que ele quer (U2).

Ter o próprio secretário de saúde como presidente do CMS (o que será melhor aprofundado no item 6.2.2) pode ser uma forma de coerção subjetiva, imposta pela presença de uma figura pública com alta concentração de poder num espaço teoricamente cogerido.

[...] porque ele acha que se ele é de entidade ele vai prejudicar mais a entidade dele, principalmente do segmento dos usuários [...] alguns acreditam que se não votarem do jeito do secretário ele pode não colocar um serviço na minha comunidade. Gente não é assim, se isso acontece chama o Ministério Público, não dá para continuar assim, pensando desse jeito (U6).

A já citada dificuldade de entendimento (item 6.1.1) deixa os conselheiros mais vulneráveis às intenções daqueles que detêm e controlam o conhecimento técnico:

[...] eu não consigo ver o elefante que o todo pode representar, e aí eu fico pensando... será que 150 milhões de reais não resolve o problema de saúde do município? Será que com isso não dá de rever o que não funciona, tirar aquele recurso e aplicar aonde funciona? Ou tu almeja ter mais pra deixar aquelas coisas ali empilhadinhas sem finalidade? [...] E eu acho que a ideologia, a preocupação do grande grupo é ainda o financiamento, claro, é a parte chave né, e aí o debate sempre fica circulando em relação a ele, mas daí com medo de perder o financiamento não se desaprova alguma coisa, e aí se ressalva, se faz considerações mas também não se têm os retornos necessário (T1).

Os conselheiros têm questionamentos cujas dúvidas não conseguem ser sanadas nas plenárias. Não há uma visão clara do todo e não se tem autonomia (e nem se é estimulada) para buscar respostas e iniciar propostas. Como existe por parte do Estado uma alimentação da cultura de transparência nos gastos públicos (que pode ser questionada como uma forma mínima de horizontalidade e de direito público, mas é usada como um grande ‘trunfo’ do controle social), o orçamento torna-se o foco do qual não se consegue evoluir. O conselho assim condena-se a ser um órgão consultivo das propostas provindas do segmento dos gestores. Esse controle, pelo medo ou pela sedução, vem ganhando com o tempo características mais sutis de indução:

O CMS às vezes não expõe tanto quanto deseja, as coisas que são pautadas ali na discussão, são poucas as vezes que a gente se expõe, enquanto CMS como um todo, que não seja uma coisa provocada pela gestão, isso eu já percebi. É provocado, pra que a gente se exponha, o CMS ainda não se expõe publicamente pra garantir algumas coisas que não seja bastante provocada assim. Ainda falta e quando você não sabe o caminho a percorrer você tem que esperar que alguém te dê uma luz pra esse caminho (G3).

Diminuir a autonomia é a base ideológica dos mecanismos de dominação, onde estes se valem da coerção, mas também da criação de novos consensos mediante o entendimento em alguma medida dos interesses dos dominados, assim se criam espaços de micropoderes,

alternados entre pontos de dominação e de libertação (FOUCAULT, 1979, *apud* CAMPOS, 2000).

Por exemplo, um questionamento que a gente fez foi se a gente poderia ir num centro de saúde pra ver como estava o serviço, a gente ainda não sabe se tem essa autonomia, a gente sabe que, teoricamente, a gente teria [...] mas sempre isso tem que ser acordado com a gestão. Então a gente não tem autonomia. Porque o correto seria que o CMS, autonomamente, pudesse fazer suas diligências, e esse monitoramento não acontece ainda [...] Já foi tentado. [...] só que também, quando chegou a hora de visitar os CAPS, por exemplo, aí o negócio começou a emperrar. A gestão segurava, pedia para marcar hora, e não sei o que mais... e por nós tudo bem, a gente marca, mas daí cancela e tal, aí sabe, a gente vê que não é muito facilitado assim (G3).

...a partir do momento em que nós fortalecemos a câmara técnica, os conselheiros começaram a participar efetivamente da câmara técnica, passamos a ter um outro compromisso de todos com as questões técnicas e passamos a exigir muito mais do gestor. Né, você vê hoje o gestor pedindo pro conselheiro participar de discussões técnicas, de conteúdo técnico, de modo de apresentação, de estruturação, de planejamento, de estruturação organizacional, antes não havia né? (U2).

Esse controle velado, onde se exige participação por um lado e nega-se autonomia do outro é um dos grandes desafios da democratização de instituições - construir uma nova dialética entre controle e autonomia torna-se a tarefa inicial (CAMPOS, 2000). É nessa questão que encontramos o primeiro problema ético dentro desta supercategoria, dado entre os históricos e hegemônicos mecanismos de gestão e as atuais metodologias de cogestão e participação social. Transpor a barreira do relativismo entre autonomia e controle, libertação e submissão, cocriação e coerção tem sido um dos grandes problemas éticos deste CMS.

Em meio a esses mecanismos de controle, os conselheiros valorizam, e por vezes, superestimar a pouca liberdade que lhes é permitida, ou a muito custo conquistada.

...eu acredito até, que nós somos livres e independentes porque não temos nenhum

compromisso, nem político nem mesmo as associações não são subordinadas à obrigatoriedade da secretaria. E nós tivemos que desmascarar ou que forçar uma barra a gente tem condições de fazer (U1).

...então é importante ter funcionários de carreira assim, porque eles têm entendimento do sistema de como ele funciona, porém não de gestão, não comprometidos em cargos comissionados, essa é uma diferença bem grande (G3).

Ser livre e independente por não ter algum tipo de submissão direta à gestão é inegavelmente primordial e garantido por resolução – ‘cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, devem ser avaliados como possível impedimento da representação’ (BRASIL, 2003, p.6), mas não basta para o exercício de autonomia neste espaço de Controle Social.

Essa dificuldade de ser autônomo não se limita aos espaços de relações existentes entre os conselheiros, mas permeia-se pelos diferentes espaços políticos, quase como um resultado do enfrentamento necessário à participação social dentro do SUS.

Se o presidente do conselho não fosse o Secretario talvez ele tivesse voz pra esse debate, e talvez fortalecesse mais essa questão de pressionar o Estado, de responsabilizar mais o Estado [...] Então acho que fica muito fechado e aí a gente já conhece qual é a política né (T1).

...teve uma época que para entenderem o que era um indicador, se ele tava bom, se ele tava ruim, a gente usava carinhas. Carinha vermelha era quando um indicador não tinha alcançado a sua meta, quando ele tava bom era verde. [...] e daí assim, teve um reflexo muito negativo pros gestores que não queriam ver uma carinha vermelha. Ai a gente arrumou uma outra encrenca, encrenca com o pessoal daqui de dentro que também não tinha uma formação adequada, pra poder enxergar as coisas ruins (G2).

Parece que se dá pouca legitimidade as falas de teor perceptivo – do conhecimento da experiência (a atenção em geral se concentra nas figuras públicas da gestão) (DC5).



A necessidade de enfrentamento nos diferentes espaços políticos reforça a dificuldade que é superar mecanismos que foram historicamente institucionalizados, e que continuam instituídos nos locais públicos. Este seria o segundo problema ético desta categoria – dificuldade na produção de um comportamento público coerente com o progresso moral já registrado na legislação, principalmente quando se trata de deixar para trás ‘ranços históricos’ de poder e controle. Transformar uma instituição é muito mais que mudar uma lei, é passar da teoria constitucional à prática do fazer (GARRAFA, 2003).

Apesar das dificuldades apontadas existe certo consenso entre os conselheiros ao se referirem a uma melhora no seu exercício de autonomia e de poder decisório, principalmente após um fato isolado – a não aprovação do plano municipal de saúde pelo CMS no ano anterior.

... a câmara técnica decidiu, não passou na câmara técnica nós não vamos aprovar no conselho e não aprovamos. A conselheira (responsável pela apresentação) ficou muito chateada, na discussão pedimos uma pausa, na pausa os conselheiros se reuniram e disseram: não vamos aprovar, tem que passar na câmara técnica, a gente tem que manter o nosso posicionamento. Todos aceitaram e não aprovamos. Isso foi um marco na história do conselho, e o conselho vem seguindo isso (U2.)

É a gente já teve momentos bem piores em relação às votações. E eu acho que também esse grupo do CMS conseguiu grandes avanços assim, de dizer não. Foi a primeira vez, em quatro anos, que eu ouvi esse CMS dizer não. E aí gerou uma série de indisposições, assim constrangimentos, choros e coisas, as pessoas ficaram angustiadas. Mas o CMS se posicionou, sabe, e eu acho que a primeira vez se viu o grupo forte assim e disse “não, agora a gente não vai votar em cima da hora”, “precisa de um pouco mais de reflexão”, a “apresentação não foi suficiente”, “não passou pela câmara técnica”, e isso nos incomodou e a gente vai fazer de um outro jeito. Então mas isso é da vivência de Conselho que eu acho que dá essa segurança pras pessoas, porque é um enfrentamento (G3).

Esse momento marcante na história do CMS foi de fato um enfrentamento e uma tentativa de autoafirmação política. Para Campos (2000) é justamente desses processos de luta/negociação que surgem

resultados potentes para a produção de saúde. O problema é que mesmo com esses pontos de liberdade e enfrentamento se os conselheiros não estiverem atuando de forma autônoma nessas decisões e com objetivos consolidados para além do simples confronto com seus dominadores, colhem-se resultados ainda mínimos.

Depois foi tranquilo. Porque o que eles queriam era passar na câmara técnica. Passamos na câmara técnica, fizemos a apresentação tudo de novo. Ai eles solicitaram duas ou três mudanças de palavras... palavras! Que não implicavam em mudanças de contexto... a gente fez, [...] foi aprovar em março... somente atrasou (G2).

Mesmo que os resultados não se consolidem como ações concretas para além do CMS, esses arranjos em busca de maior autonomia facilitam o educar-se, o construir-se como sujeito desses espaços, levando ao desenvolvimento integral dos que participam a partir do exercício cotidiano de poder como escola, o fator Paidéia produzindo autonomia (CAMPOS, 2000).

Um espaço em que se pode observar maior autonomia dos conselheiros foi o que se consolidou na CT.

...no final do ano [...] nós fizemos as exposições que não era possível fazer a aprovação e a plenária prontamente atendeu as exigências da câmara técnica, e o secretário ficou louco da vida. (U1).

...esse grupo de conselheiros atualmente, por conta da câmara técnica se fortaleceu em relação a ao tempo de discussões. Então a câmara técnica é muito importante pros conselheiros. Querendo ou não é aquele momento de estudos que eu te falei que a gente não tem, formativo, a gente acaba forçando isso numa câmara técnica, que é onde todas as apresentações vão antecipadamente pros conselheiros conhecerem, e aí uma outra vantagem é ampliar sempre essa câmara técnica, não deixar sempre para o mesmo grupo assistir. [...] e se alguém disser “não passa essa pra frente”, a gente não vai passar (G3).

Hoje nós temos a câmara técnica que está muito mais efetiva nos debates do que nas reuniões próprias do conselho. [...] todos os temas que são debatidos na CT “vai pro pau”, não tem essa de ser

bonzinho, ou se mauzinho, é tirado todas as dúvidas, chamamos o técnico, nós queremos explicação, e se a gente não ficar feliz com a explicação a gente manda pro plenário que a gente não concorda, ou concordamos em partes, mas aqui na CT, ela tá com outro fluxo do que no CMS (U6).

A produção de autonomia é bastante perceptível dentro desse espaço de Controle Social. A ausência do secretário e uma menor formalidade podem ser fatores que ajudam a proporcionar um espaço mais favorável a essa participação. Em espaços de cogestão há objetivos a serem alcançados, assim “quem deseja um fim ou necessita dele, obriga-se a inventar meios para tal” (CAMPOS, 2000, p. 78). Diminuídos os mecanismos de controle, rompem-se também as restrições para o exercício da subjetividade aumentando-se as capacidades de análise e de intervenção. Um relato interessante foi a visão de um conselheiro quanto à inibição que o monitoramento por meio de gravação do áudio das plenárias pode causar a um público ainda não acostumado com esse tipo de ‘transparência pública’.

...na câmara técnica, você vai perceber que é uma dinâmica bem diferente assim, vais ver como as pessoas se colocam mais. Por quê? A nossa reunião do CMS é uma reunião monitorada, querendo ou não uma reunião de conselho é uma reunião monitorada, e tudo que tu és monitorado tua postura é outra. Então a gente sabe que algumas pessoas se expõem mais quando a gente tá na câmara técnica, até por isso. É bem interessante (G3).

Aos poucos a familiaridade com esse tipo de monitoramento, que não serve, ou não deve servir, como forma de repressão, deve levar a uma maior aceitação e tranquilidade dos conselheiros. O que eticamente não pode ocorrer é a inibição por medo de alguma represália ou mesmo por alguma postura individual não coerente com os valores morais públicos. Se o Controle Social é uma forma de democracia em que participantes da sociedade representam o todo da comunidade, é minimamente justo que essa comunidade tenha acesso aos acontecimentos das plenárias.

Uma questão já citada (item 6.1.2) mas que aqui merece maior análise é quanto ao poder instituído à câmara técnica, levando a uma grande aceitação das ‘recomendações’ provindas desse espaço. Essa relação, apesar de repercutir positivamente dentro do CMS, talvez

devesse ter alguns de seus aspectos refletidos de forma mais aprofundada, principalmente no que se trata da grande influência desse espaço em relação às plenárias. A grande quantidade de demandas passadas para a CT - algumas das quais nem se referem a questões técnicas - também pode demonstrar uma diminuição do poder que têm os espaços de discussão dentro das plenárias, possível reflexo da dificuldade das mesmas estabelecerem processos de diálogo e deliberação.

...eu ainda não conheci muito bem como que funciona a história das câmaras técnicas, o que elas fazem, mas eu vou me inteirar pra entender se esses são os espaços de diálogo... porque assim “ah a câmara técnica analisou o planejamento e trouxe a sua proposta”. Na última reunião, não sei se isso é com todo mundo, mas assim nem a pauta eu recebi antes, não sabia nem o que ia acontecer lá no dia, entendeu? Então você ter o que vai ser discutido, ter a documentação pra você também estudar, eu acho importante (U3).

Mesmo que a CT traga somente recomendações, se não há um fortalecimento dos conselheiros como um todo, essas recomendações deixam de ser consultivas e entram no campo das imposições, pois não há explicação do que foi dialogado e a recomendação de decisões se pauta na relação da confiança cega e do paternalismo que não liberta ou empodera.

...quando os conselheiros estão muito fortalecidos sabe, discutindo, esmiuçando mesmo cada parecer, o que vai acontecer em cada plenária, pra chegar lá com mais tranquilidade assim é o ponto positivo. Porém a câmara técnica também faz com que a população que está assistindo uma reunião de conselho tenha tudo muito *en passant* assim, não tem profundidade na apresentação assim, porque a gente já fez isso antes, aí eu não sei dizer ainda se isso é positivo ou negativo, as vezes eu fico ainda com um pouco de dúvida (G3).

Este é o ponto nevrálgico dessa relação entre a CT e as plenárias: se o aprofundamento ocorre apenas no primeiro espaço que tipo de informação terão no segundo momento? Não são as reuniões da plenária os espaços legalmente deliberativos? Como diminuir os mecanismos de coerção e aumentar o tempo para análise sem desempoderar o espaço público do Controle Social? O problema reside entre melhorar a eficiência

dos CMS por meio das CT sem diminuir a deliberação nas plenárias, e a responsabilidade da transparência com o Controle Social.

Para finalizar a análise desta categoria, observou-se a importância da atualização dos regimentos para que estes espaços públicos não tenham tanta ‘liberdade’ em fazer o que bem desejar – a atualização moral das leis. Como via de mão dupla, também cabe a reflexão constante sobre os atos em sociedade, para que também não se distanciem do “progresso moral já verificado na legislação” (GARRAFA, 2003, p. 58).

Isso eu acho que a gente tem a vantagem de ter dentro do nosso CMS, ter um regimento que em cada eleição a gente consulta esse documento e se for necessário põe adendos. Isso foi uma discussão ampla que a gente teve na última eleição, que tinha algumas partes do regimento que realmente já estava equivocada né, passam os anos [...]. Mas no caso específico quando o presidente questiona se existe um regimento e ele não existe, então se não há registro eu faço o que eu quero né (risos), então a partir desse momento ele tem liberdade de decisão. Dá mais autonomia ainda quando você não tem algo que te coloque na linha né. (G3)

A autonomia ‘no e do’ grupo para permanentes revisões dos regimentos é essencial no acompanhamento das constantes transformações da sociedade, principalmente ao que se refere às transformações morais. Esse “ter mais autonomia quando não tem algo que te coloca na linha” exemplifica o fato da necessidade da existência de leis escritas para espaços públicos onde a moral não se encontra consolidada o suficiente, não para diminuir a autonomia, mas para conseguir por si mesma regerar as ações dos indivíduos.

### **6.2.2 Secretário - presidente: uma prática do poder instituído, um conflito de interesses.**

“aí fica aquela questão: “ah e se não for o secretario ele vai estar presente nas reuniões?” Porque é o que obriga ele a estar em todas as reuniões do CMS, pra que lado tu corres?” (T1).

Existe nas ações do Estado um vínculo profundo entre a responsabilidade individual e a responsabilidade social, visto que o Estado (por meio dos seus “homens de Estado” – funcionários públicos

e, em particular, os gestores da saúde pública) é responsável pelo bem comum da sociedade. Aos homens e mulheres que decidem no âmbito público cabe também a responsabilização por suas ações morais. Neste sentido, seria de bom tom supor que estes sujeitos agissem de forma não coerciva (SCHRAMM, 2003). Além da responsabilidade legal e moral com o bem comum, há uma exigência também legal e moral de que o Controle Social deva estar plenamente inserido no processo decisório, mais do que inserido, embasando esse processo.

... tem que abrir a possibilidade de que qualquer pessoa possa ser o presidente, por que não? Porque sempre o secretário? Eu acho que ele já nos poda muito a discussão das pautas... pra nós sociedade civil já é complicado, já nos afasta um pouco né... porque eles trazem só a pauta deles... (U3).

Eu acho que quando ele é indicado pelo prefeito ele fica muito direcionado pra que não aconteça algumas coisas. Eu sempre pensei que essa vaga da presidência do conselho, ela fosse eleita entre os conselheiros eleitos para estarem ali, eu acho mais democrático, embora também não deixe de ter a possibilidade de ser direcionado na eleição. Mas eu acho mais democrático que isso aconteça (T1).

De acordo com a terceira diretriz da resolução nº 333 do CNS, a composição dos conselhos deve ser paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, “sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária” (BRASIL, 2003, p.5). Acontece que existe, fruto da descentralização, uma abertura legal para que os CMS criem sua própria organização interna, por meio de regimento próprio. É neste caso que o secretário torna-se presidente nato do Conselho. Neste sentido, caberia ao próprio CMS, autônomo e empoderado, modificar seus regimentos.

Até a própria portaria do CMS é conflituosa... ela nem foi aprovado ainda! Então ela ainda está em processo né, então tudo isso é bem complicado [...], toda reunião alguém cobra esses documentos... e acaba ficando assim, porque ele é gerenciado pela própria gestão que encaminha, entende? E isso é uma outra coisa que deve incomodar algumas pessoas. E pra mim causou estranhamento assim, o primeiro impacto, o próprio secretário ser o presidente do CMS, me parece que as respostas

ficam muito focadas no que a gestão faz né, e não no que o CMS deveria fazer (G3).

Se o CMS deve atuar “no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” e “cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990), parece não fazer sentido que o presidente do CMS seja o Secretário de Saúde, pois nesse caso o CMS deve fiscalizar seu próprio presidente que homologa ou não as decisões do CMS, assim como o Secretário torna-se fiscalizador dele mesmo. “É complicado, é uma situação que deveria ser repensada. Ninguém serve a dois deuses né” (T1). Este é o primeiro problema ético desta categoria – o conflito de interesses em se ter a figura do Secretário de Saúde como presidente do CMS, órgão que deve exercer o Controle Social sobre o Estado.

Como colocou Schramm (2003), a responsabilidade moral do gestor de instituições públicas, como a da saúde, deve minimamente fazer com que suas ações não sejam coercivas. Essa moralidade foi transformada em resolução - “Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde [...]” (BRASIL, 2003, p.5), autonomia esta que não foi nem moralmente nem legalmente alcançada (item 6.2.1). Assim, além das dificuldades postas na ‘fiscalização e controle de estratégias’, esse conflito de interesses acaba alimentando também os problemas na ‘formulação e execução’ das ações políticas.

Aí o que eu fico muito “pê” da vida é porque é muito mais fácil eles falarem entre eles, tipo ficar de murmurinho do que chegar e encarar o secretário e dizer que não concordou com a posição, mas chegou na hora votou junto. Eles votam junto, aí depois ficam pois é, eu não concordava mas sabe como que é né, ele é secretário... (U6).

...se ele conseguisse pressionar o executor que também é representante do CMS, representante máximo do conselho [...] aí fica aquela questão “ah e se não for o secretário ele vai estar presente nas reuniões”? Porque é o que obriga ele a estar em todas as reuniões do CMS. Pra que lado tu corres? E aí talvez dificulte mais ainda a questão da execução, porque daí ele pode responder ou não, e aí judicializa fica um trâmite mais demorado pras ações acontecerem [...] (T1).

É contraditório o fato do presidente do CMS ser o secretário de saúde, suas falas não parecem buscar soluções, apenas deixar o trabalho para as comissões e utilizar o conselho para aprovar os orçamentos da secretaria (Memo 08; Ata 05).

Essa questão da vinculação da presença do Secretário de Saúde ao cargo de Presidente do Conselho é levantada por outros conselheiros:

...o presidente é o gestor, e é um tipo de conflito que a gente enfrenta, mas aí esse conflito também é complicado. Assim oh, dentro do conselho, o mais democrático, entre aspas, que se pensa, é que o usuário seja o presidente do conselho. [...] eu vejo que tem um lado bom e um ruim. O lado ruim do presidente do conselho ser o gestor, ser o secretário da saúde, é que... é de tirar um pouco a autonomia dos outros conselheiros, principalmente os usuários. Mas por outro lado o obriga a participar de todas as reuniões, então o obriga a dar resposta a tudo, porque ele tá no CMS, então ele tem que dar as respostas. Então assim, tem os dois lados da moeda né? (G2).

...a gente tem que respeitar as falas. Entendo que ele hoje na posição de gestor e de presidente do conselho, ele vai querer defender aqueles que ele representa lá dentro, mas ele também tem que ser imparcial quando ele for ouvir, porque ele também representa todos os conselheiros né [...] Ele tem que falar pelo conselho, ele não tem que falar como secretário, e isso é muito conflitivo ali na pessoa que representa todos (T1).

Eu não sou contra isso, pelo contrário, se eu posso falar com o secretário uma vez por mês, por que não? Mas aí o que ocorre é que há uma certa confusão entre controle social e gestão, né... (U4).

Esse receio de que o Secretário de Saúde não participe das reuniões se não estiver ocupando o cargo de Presidente levanta novamente a responsabilidade do Estado em fornecer os subsídios necessário à democratização das instituições públicas. Outra questão levantada é o receio da pouca governabilidade do CMS causada pela possível ausência deste gestor público. De acordo com Campos (2000, p.43) sempre “argumenta-se sobre a baixa capacidade dirigente dos coletivos. No



entanto, os equívocos e dificuldades dos governantes não indicam melhor desempenho”. Neste sentido, pergunta-se se a capacidade de ação desses espaços públicos não cresceria se todo o aparato de Estado, com seus consultores, assessores e sistemas de informação se dedicasse em apoiá-los, ao menos eventualmente (CAMPOS, 2000). Precisaria o gestor máximo da Saúde ser legalmente obrigado a participar do CMS? Parece haver uma necessidade das leis escritas quando os interesses e valores não estão claros e postos em evidência.

A dubiedade legal, e por vezes moral, do secretário de saúde respondendo como presidente do conselho externaliza-se na difícil, e quem sabe impossível, separação entre um e outro, confusão que se reflete na relação entre Secretaria de Saúde e Controle Social:

...na plenária levantam um monte de questão e ele se defende como secretário, isso aí eu briguei uma vez porque eu chamei o presidente de camaleão, porque ‘eu não sei quando você é presidente quando você é secretário’. E na defesa que eu fiz pro presidente ser eleito pelos seus pares eu disse o seguinte, porque ele, se tu analisar bem como ocorre na plenária, é o seguinte, ele abre a sessão como presidente, ele fecha a sessão como presidente, mas no miolo da sessão é um secretário de saúde (U5).

... não é que as pessoas estão erradas, que elas façam isso com má intenção. Não é, é a forma de organização é que tá equivocada, e isso depende muito de quem tá lá pra poder conduzir a discussão (G2).

O secretário não é autoridade, não tem autoridade de secretário no conselho, ele tem autoridade de presidente. E presidente em geral é mediador. Lógico, porque o presidente tem opinião e tal. Então eu acho assim que nesse momento o conselho está um pouco extensão da gestão e não controle social. Então acho que esse é o grande problema que eu estou vendo no momento (U4).

Justamente nessa questão de o Presidente ser mediador dentro do CMS é que se encontra o segundo problema ético identificado – o presidente sendo o secretário tem papel de mediação ou de controle? Campos (2000) no seu método Paidéia ou Método da Roda encontra na presença do apoiador ou mediador a figura, mesmo que não

indispensável, de um grande facilitador do estabelecimento de Espaços Coletivos. Espaços onde o grupo se fortalece na sua capacidade de análise e intervenção. Mesmo que o Presidente do CMS não tenha esse papel definido é inegável seu poder de facilitar ou não as discussões e encaminhamentos, bem como direcioná-las ou mesmo cessá-las quando achar conveniente. Essa concentração de autoridade, somadas ao fato de ser o Secretário de Saúde médico, pode fazer com que sua palavra soe como ‘palavra final’, transformando o espaço do Controle Social em um lugar de ‘monólogo’ do governo (WENDHAUSEN, CAPONI, 2002).

Essa possível inibição causada pela figura do Secretário de Saúde/Presidente do Conselho/Médico pode ser um dos fatores que paralisam as tentativas de enfrentamento dos conselheiros a essa situação institucionalmente imposta:

...nós tivemos a oportunidade de, no conselho, decidirmos pela escolha de um presidente dentre qualquer dos membros do conselho. Alguns conselheiros votaram contra a proposta de que qualquer um pudesse ser presidente, e adotaram a ideia apresentada pelo presidente de que haveriam dois presidentes, um presidente secretário e um outro escolhido entre os membros (U2).

Nós estamos com um projeto desde 2009 brigando por isso, e o projeto foi para a câmara de vereadores, voltou lá por uma série de questõezinhas, a procuradoria questionou algumas coisas então voltou pra nós, [...] nós aprovamos por duas três vezes esses textos, quando esse texto foi colocado em votação o executivo, no caso o presidente, ponderou que seria interessante que houvesse então dois presidentes com o mesmo status e que eles trabalhariam alternadamente, eu fui totalmente contra, e como eu não estava nessa reunião não pude votar, e o pessoal não soube defender, uns ficaram em dúvida, uns sempre estiveram, aí por dois, três foi aprovado esse texto (U5).

[...] está tramitando, uma mudança de lei em que o CMS seria presidido por dois presidentes como é a CIB, uma vez pelo usuário uma vez pelo gestor. Eu acho que esse pode ser um dos caminhos, eu acho que a gente consegue avaliar os dois modelos, eu acho que isso pode ser uma proposta interessante,

que dilui um pouco esse poder né, e realmente centra muito o poder no gestor (G2).

Essa solução apesar de não ser unânime entre os conselheiros poderia ser viável como a “justa medida” entre o conceder e ceder poder, próprio dos espaços políticos. Acontece que para se adequar como a solução mais “prudente” ela deveria ser plenamente deliberada por todos antes de qualquer tomada de decisão (GRACIA, 2014). Os problemas morais nunca estão nos valores em si, mas na dificuldade de realizá-los quando entram em conflito. Os conflitos não afetam os valores em si, mas sim sua realização (GRACIA, 2014). Mais do que o enfrentamento sobre pontos de concentração de poder nos espaços de participação social, necessita-se que os conselhos sejam espaços que estimulem a reflexão sobre a moral, sobre os valores, sobre os interesses, que se promova o diálogo sobre essas questões. Que os CMS sejam espaços de vivência ética, buscando atender aos anseios de todo o grupo, e para além do grupo, de toda a sociedade.

### 6.2.3 Hierarquia: o espírito competitivo

“eu acho até as reuniões muito mornas assim, acho que evita-se algumas coisas já, então algumas coisas talvez não cheguem pra esses conselheiros... sempre acha que está faltando alguma informação” (G3).

A estrutura de poder hegemônica e sua sustentação pelas práticas políticas institucionalizadas, e a autonomia que oscila entre graus de liberdade e de controle associada a não incorporação de práticas verdadeiramente construtivas que possam considerar o Controle Social como sujeito ativo no processo decisório formam o quadro político institucional atual. Desconcentrar o poder dessa estrutura gerencial hegemônica na busca do construir compartilhado passa pela habilidade de alterar os arranjos estruturais produtores de dominação (CAMPOS, 2000). Um desses arranjos é o sistema hierárquico de poder.

Se a cogestão com seu método da roda e horizontalização dos fluxos de poder é capaz de produzir subjetividade e com isso sujeitos com capacidade de análise e intervenção, a estrutura hierárquica produz pontos de concentração de poder e sujeitos ‘objetivados’, que decidem e agem por objetivos externos a eles, o objetivo daqueles que o dominam (CAMPOS, 2000).

Como visto nas categorias anteriores, a estrutura do CMS permite uma hierarquia impositiva ao colocar explicitamente o gestor máximo da saúde como presidente do Conselho.

...a presidência sendo da secretaria, ela impõe o caráter impositivo dele como chefe dos funcionários e ali ele tenta impor isso, e dá uma área, não de atrito assim, mas a gente questiona. Uma vez ele mandou uma pessoa calar a boca né, isso aí ele pode dizer pros funcionários dele, mas não dentro do CMS [...] (U5).

Porque no CMS tem essa coisa da autoridade né, você vai pra secretaria então o secretário é uma autoridade, e no CMS isso não existe, não é que não exista do ponto de vista do respeito, é lógico, todo mundo tem que se respeitar. Mas ali no CMS todos são conselheiros iguais, inclusive o presidente do CMS. Então eu acho que você precisa saber disso, que você é um igual dentro do CMS e você tem que se comportar como tal (U4).

A hierarquia dentro dos espaços públicos de decisão é um resquício histórico das estruturas governamentais. Exigir que esses espaços se “coletivizem” passa pela capacidade de transformação dos trabalhadores e gestores, acostumados com o senso comum de gerenciamento em todas as suas esferas governamentais. O entendimento do conselheiro de que “ele pode agir assim com os funcionários dele, mas não aqui” deixa perceber esse senso comum de como funcionam as instâncias hierárquicas de governo, racionalidade que não é tão facilmente aceita no CMS, um espaço construído para o Controle Social e, portanto, que deveriam ser de participação e igualdade de poder. Essas diferentes racionalidades, ambas socialmente aceitas repercutem por toda a rede de gestão governamental:

[...] eu tinha várias estratégias, eu fazia a apresentação pra eles antes, eu fazia toda uma sensibilização e uma educação permanente para o secretário adjunto. Eu fazia um movimento interno, porque era os dois lados, não era só a apresentação pro conselho [...] tinha uma época que o diretor da vigilância, ele não passava os dados, ele não queria passar os dados, então tinha inúmeras brigas, enfrentamentos, e a gente brigava mesmo, de gritar, aquela época era bem pesado [...] Então nessa época eu brigava, ainda brigo. Mas brigava de dizer

que os dados tinham que ser mostrados, então eu comprava uma briga interna na secretaria pra poder mostrar no CMS (G2).

Essa barreira histórica da estrutura hierárquica se embasa no espírito competitivo das elites, que na busca de manter o seu poder encontra resistência para incorporar valores cooperativos, construtivos, e de transparência, valores introduzidos pelas novas instâncias de gestão - valores do controle social.

[...] eu propus mudar, e dentro da secretaria foi mais difícil que com os conselheiros. Com os conselheiros foi tranquilo porque eu fui pactuando com eles o jeito de se apresentar, e foi assim que eu fui construindo com eles e que tem até hoje [...] Então o conselho foi um ator extremamente importante para que se tivesse toda essa mudança que hoje a gente tem dentro do planejamento da secretaria, então é uma das pontas importantes [...] dessa mudança cultural de transparência. Que a gente sempre falou com o CMS não numa posição de fiscalizador e de cobrança, mas na posição de construir junto, e essa que eu acho que é a diferença. (G2).

Considera que houve uma interferência na área da saúde pelo executivo, que ignorou pareceres da SMS, inclusive não consultando o Conselho. É de opinião que o Conselho repudie este lei, através de pronunciamento a respeito (Ata07; U1).

O pluralismo de valores trazido pela introdução de diferentes atores nas esferas decisórias ajudou a reformular muitas das práticas anteriormente consolidadas nas instituições. Esses estranhamentos causados por diferentes condutas são importantes mecanismos para a superação da gestão hierárquica dentro do SUS. Nesse ponto torna-se importante olhar para o potencial transformador que tem o indivíduo que se educa e que se reconstrói no agir cooperativo, e que ao mesmo tempo modifica o local em que atua (CAMPOS, 2000). Neste sentido existe uma importância basal em fazer com que o “homens e mulheres do Estado” entendam a importância de repensar seus valores historicamente objetivistas, individualistas e competitivos.

Já vi pessoas discutindo por quererem impor uma opinião, né o seu ponto de vista, de que o outro é

contra, a ponto de chegar num nível da pessoa (de quem estava conduzindo a reunião) mandar a pessoa calar-se, e a pessoa se sentir tão indignada com aquilo, sem voz naquele momento, levantar-se e ir embora (G1).

...tem o poder, o poder é muito claro. Assim, bem no começo tinha, até eles conseguirem entender também né, tinha conselheiro que dizia: “eu quero que entre isso”, como se nos fossemos empregados, no fim somos mesmo. Nós somos empregados da população, mas não é assim, a relação com o conselho não se constrói desse jeito (G2).

Existe uma dificuldade implícita quando da necessidade de deliberação moral, principalmente quando se trata de grupos com valores conflitantes entre si – hierarquia/horizontalidade, competição/cooperação, imposição/construção, neste sentido observa-se um movimento entre os segmentos para a melhoria de suas relações, obviamente de forma ainda lenta, na tentativa de acerto e erro, qualidade de quem busca apreender novos campos relacionais.

Ah, a secretaria nos considera sim, não é aquele parceiro, parceiro assim, mas ela considera. Hoje ela tá dando explicação das coisas, antes nós tínhamos que pedir... porque levou algumas chicotadas né, a gente impôs muito, a gente brigou muito. Se tu olhares as resoluções de planos aprovadas, elas sempre são aprovadas com algumas ressalvas. Hoje tá havendo conversações e explicações, porque eles estão vendo que aí a gente aprova sem ressalvas (U5).

A gente é consultado, eu graças a Deus, eu tenho sido privilegiado nisso, muita coisa eles me consultam pra saber o meu parecer, tem outros também que são muito consultados, então eles consultam alguns pra ver se eles estão no caminho certo ou não. Porque as vezes eles estão pensando uma coisa e o CMS pode refutar. Então isso aí até incha a bola da gente (U5).

Apesar das colocações soarem como melhorias da estrutura hierárquica da secretaria sobre o CMS essa forma relacional não chega a ser um processo coggerido. Poderia ser no máximo uma consultoria, mas não é Cogestão. Mesmo porque alguns processos não são coletivizados

com foco na criação coletiva, mas sim como tentativa de facilitar algumas ações, como “aprovar sem ressalvas” – é como se consolidassem usuários ‘estratégicos’ para medir a aceitação das propostas, para não dar confusão. O que não significa que a melhoria foi ineficiente, apenas que ela é insuficiente. De qualquer forma esse método encontrado pela secretaria de consulta a alguns representantes do CMS perpetua o modelo hierárquico de gestão, onde alguns ‘privilegiados’ terão sua opinião levada em consideração, outros não.

Estruturas hierárquicas - e autoritárias - de poder não são capazes de produzir coparticipação. Esse é o primeiro problema ético identificado aqui – como democratizar as instituições de saúde se estas ainda operam na tradição gerencial da hierarquia?

...às vezes o Controle Social pode tá acontecendo e ser direcionado mesmo assim. Então depende da forma que o condutor, tenha o seu colegiado eleito, ele vai conduzir da forma democrática ou não, ele pode estar conduzindo aquilo pros interesses do gestor, um segmento que é menor mas que tem apoio da grande maioria entendeu? (T1).

Já houve confronto de tirar conselheiro, exemplo: a representante da odontologia era uma moça muito proativa e entrou em vários atrimos com o secretário e de repente ela deixou de ser representante e entrou outro no lugar dela. A gente sabe que é por causa dos conflitos [...]. Ela nunca quis sair ela foi retirada [...] (U2).

Esses mecanismos de estímulo à competição e ao individualismo não são capazes de gerar autonomia ou liberdade do grupo, no máximo perpetuam o controle e a dominação. Produzir liberdade passa por colocar em pauta os desejos e interesses dos partícipes.

...essa questão da UPA é um exemplo, claro e nítido. O gestor toma a decisão de trocar o projeto sem discutir no CMS, sem discutir lá com a comunidade, isso não pode, isso é um conflito. Se o gestor tivesse trazido à pauta quem sabe ele estaria sendo apoiado, [...] mas o jeito que a coisa foi, o diálogo que se estabeleceu, ou seja, nenhum, culminou com aquela situação de briga que a gente viu ali né [...] (U4).

...neste momento ali teve uma postura totalmente incorreta do presidente, porque ele tem que valorizar o questionamento, a manifestação da conselheira. Se ela tá colocando sobre as questões errôneas do gráfico, se ela tá apontando críticas, ele tem que avaliar essas críticas, discutir as críticas que estão sendo colocadas e reconstruir aquilo que foi apresentado, pra não se errar novamente. É meio que um ‘cala a boca’ né, “ah não vamos discutir isso”. Acho que é uma conduta errada. (G2).

O espírito competitivo já consolidado em sociedade acaba impedindo que os locais de construção coletiva se utilizem de todo o seu potencial transformador, principalmente por não alcançarem toda a ‘capacidade de direção’ que existe entre todo o coletivo, ficando restrita somente ao potencial da cúpula diretiva instituída. Diminui-se assim a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos (GRAMSCI, 1978, *apud* CAMPOS, 2000). Ainda existe uma grande dificuldade de transformar determinados valores dentro do CMS, mesmo quando essa transformação moral já aconteceu no aparato legal:

As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento (BRASIL, 2003, Quarta Diretriz, artigo II, p.7).

Mesmo com a parcela de responsabilidade individual, moral e legal, continua sendo também dever do Estado auxiliar no controle dos desvios e excessos, incluindo os que ocorrem sob a égide do Controle Social.

O CMS não tem uma força legal, ele tem um amparo legal, mas não tem uma força legal, tudo que ele faz é consubstanciado, então não tem... mas assim, o executivo, e isso a gente briga um pouco ainda, toma uma série de medidas que o CMS é o último a saber, eles não têm uma transparência com o CMS, porque essa transparência evitaria atrito né? (U5)



O problema era o seguinte, não esse secretário atual, mas o que antecedeu, ele era bastante prepotente. E ele não aceitava que nós contrariássemos as ações pessoais dele e com isso, as vezes ele era grosseiro com o próprio servidor da secretaria, e a gente entendia que não deveria ser assim. Ele fez uma resolução nos punindo inclusive, não aceitando uma ata feita pela comissão e queria manipular e eu não aceitei, e aí deu no que deu. Uma briga minha bastante conflitante e ele, claro, como presidente do conselho ele pode, e com o apoio de outros conselheiros, fizeram uma resolução e nos puniram (U1).

O construir junto evitaria muito desses “atritos” acontece que esse nível dos deveres como explica Gracia (2014) se sustenta em determinados valores individuais e coletivos, e, portanto, a mudança de ação só pode ocorrer com a mudança na priorização dos valores. O poder é essencialmente a capacidade de coproduzir o que Campos (2000) chama de “necessidades sociais” (ou melhor, direitos sociais) - como a saúde. Esse coproduzir passa necessariamente pelo diálogo com a sociedade na busca de consolidar uma geometria organizacional que facilite esses movimentos horizontais e não obrigue o sujeito e o coletivo à imobilidade (CAMPOS, 2000).

...com certeza, acaba inibindo, acaba... ah vai se expor à toa às vezes sabe? Algumas pessoas pensam que ‘ah não vou me expor porque não vai valer a pena e eu vou acabar ainda me incomodando’. [...] e um conselho ele pode ser propositivo né? A partir do momento que ele analisa tudo que está acontecendo, ele pode propor pra essa gestão um caminho pra alguma coisa, e isso pouco acontece, a gente dá mais opinião do que propõe, a gente opina sobre as coisas, mas a gente não é propositivo, entende? (G3).

A grande dificuldade de promover mudanças a partir de estruturas rígidas acaba travando o processo transformador próprio do Controle Social. Este é o segundo problema ético identificado – a inibição do Controle Social por meio de estruturas engessadas de poder diminui a

própria eficiência do Estado em promover o objetivo maior de todos: a melhoria da qualidade de vida da população.

Melhorar a situação sanitária no Brasil passa pelo envolvimento social sem esquecer a responsabilidade do Estado em reconhecer a verdadeira dimensão ética e social das políticas públicas – serem instrumentos de cidadania (GARRAFA, 2003). O exercício da participação social dentro do SUS, apesar de já ter quase os seus trinta anos, ainda esbarra na estrutura de poder dos métodos de gestão historicamente hegemônicos.

Um exemplo já discutido neste estudo (itens 6.1.1 e 6.2.2) está nos entraves relacionados ao conhecimento como forma de poder. Na estrutura hierárquica o monopólio do conhecimento fica com a “cúpula decisória”.

... o conselheiro tem que estar muito antenado com toda a cidade, com todos os conselhos locais, com todas as necessidades pra poder propor, e ele não tem acesso a todas essas informações, mesmo que a secretaria tem, os conselheiros não tem acesso a isso (U3).

Vão ser levadas ao Conselho Municipal vindo com o discurso que só pode ser apresentado no dia e devendo ser aprovado. Se não conseguir nem ter uma análise dos dados, diante desta complexidade como é que será votado, isso fará com que acabe com o controle social (Ata06; U3).

...eu acho até as reuniões muito mornas assim, acho que se evita algumas coisas, então algumas coisas talvez não cheguem pra esses conselheiros, é a minha percepção né. Então talvez o maior conflito seja essa coisa... você sempre acha que está faltando alguma informação, que alguma coisa tem que você não consegue, ali no CMS, absorver pra poder opinar [...] (G3).

A não abertura do segmento da gestão para o compartilhamento de informações leva a um sentimento de desconfiança dos conselheiros, caracterizando relações pouco embasadas no estímulo à liberdade e à autonomia.

...tem o aspecto de você não reunir a sociedade civil, de você não estar lá *in locus* verificando se aquela normativa tá funcionando. E aí o que

acontece, você sempre fica com a informação do gestor. Não tô dizendo que não seja verdadeira, não, certamente, na maioria das vezes é, mas na maioria das vezes só traz aquilo que interessa ao gestor (U4).

No fim das contas a estrutura hierárquica com seu espírito competitivo e auto interessado se sustenta à base das capacidades assimétricas de decisão com mecanismos de imposição e subjugação:

...é conflitante nesse sentido, entendeu? Você participar de uma discussão, se posicionar nessa discussão [...] quando a coisa vem meio imposta, ‘assina aqui’, ou ‘não faça isso’, ou ‘não diga isso’, ou ‘vamos fazer assim’ (G1).

...quando o nível da coisa toma um vulto maior, ou seja, um nível de defesa maior em relação ao posicionamento de um conselheiro eu acho que a hierarquia se sobrepõe: “deu, ninguém mais vai falar sobre isso, está encerrado o assunto” (G1).

Existe uma infinidade de matizes entre autonomia e controle. Seria possível uma instituição que produzisse liberdade e autonomia ao invés de controle e dominação? (CAMPOS, 2000). “Que regras e estruturas de convivência institucional deveriam ser inventadas e experimentadas para combinar dialeticamente atendimento às necessidades sociais e liberdade para os indivíduos?” (CAMPOS, 2000, p. 65).

Segundo o autor, depende da capacidade social de construir espaços de democratização do poder – a ‘roda’, e do potencial político de sociabilizar sua capacidade diretiva entre o conjunto de todo o coletivo. Ainda de acordo com Campos (2000), essa capacidade de diluição dos saberes diretivos teria maior fluidez em ambientes não-hierárquicos, sendo a relação inversa igualmente verdadeira. Novamente, mais do que regras e estruturas, necessita-se refletir sobre os valores consolidados como base para as ações individuais e coletivas.

#### 6.2.4 **Relação entre os segmentos: o pensar-agir dicotômico-dilemático**

“[...] às vezes o gestor não percebe que nós somos seus aliados e não seus inimigos, e aí não ceder por não ceder... Não tem nenhum motivo específico a não ser a minha autoridade” (G3).

Quando o Estado tenta reproduzir os diferentes olhares sociais nas instâncias políticas, reproduzem-se também as desigualdades dessa sociedade dentro desses espaços. Este é um dos motivos porque a simples regulamentação da participação não torna as decisões horizontais (SARMENTO, 2012). Para Arroyo (2010), o pressuposto da relação Estado/povo é que os problemas são sempre visualizados como estando na sociedade, e dentro dela mais especificamente, nos pobres, nos coletivos, nos vulneráveis, nos desiguais, todos eles vistos como *locus* de concentração de problemas. Esse olhar do Estado sobre a sociedade, produz um olhar sobre o próprio Estado, onde este torna-se o centro, e a sociedade “meros destinatários das ações e intervenções políticas” (ARROYO, 2010, p. 1386; CHAUÍ, 1995). Nesta perspectiva o Estado se eleva a condição de ator único, buscando cumprir seu dever de compensar carências e solucionar problemas – sem rostos e sem sujeitos. “Os desiguais como problema, as políticas como solução” (ARROYO, 2010, p. 1387). Apesar de não ser esse o pressuposto do Controle Social, descolar o segmento da sociedade do papel de problema e o segmento governamental do papel de detentor de todas as soluções não tem sido tarefa fácil dentro do CMS.

Eu não tô só avaliando o nosso CMS, eu estou avaliando a forma de organização social, de outros conselhos que eu já passei. Eu já trabalhei em outros municípios, já participei do Conselho [...] Mas é a forma como o SUS concebeu o Conselho, que é uma coisa tipo gestor versus usuários tá? [...] (G2)

Se o Estado enxerga na população um problema, sua posição é de tentar afastá-la ou mantê-la ‘na linha’, numa relação não de parceria, mas de ‘coleguismo’, onde por vezes se faz um agrado para poder receber as aprovações necessárias às suas políticas, estas sim, seu foco.

...a gente nota que dentro da própria secretaria existe a prepotência do secretário, mas que com o conselho isso deixa de existir. [...] Porque ele já entendeu que se nós não formos parceiro dele ele não vai poder atuar realmente como secretário (U1).

Esse perfil que se ‘modifica’ quando adentra o CMS, é o que reconhece a importância do Controle Social na cogestão de política públicas, ou simplesmente aceita uma exigência legal? A presença do

secretário de saúde no CMS vinculada ao cargo de Presidente (item 6.2.2), até a suas imposições hierárquicas (itens 6.2.1 e 6.2.3) não parecem condizer com uma parceria que realmente “constrói junto”.

Do outro lado dessa relação os usuários e trabalhadores (e por vezes os representantes das prestadoras de serviço) se colocam numa posição de embate, de um exigir do Estado como se realmente este tivesse todas as soluções para os seus problemas, bastando apenas sua ‘boa vontade’.

...tem pessoas que causam tumulto o tempo inteiro... “sou contra porque sou contra”, tem pessoas assim, nesse conselho nos temos, mas é a minoria, que por ser assim, o restante já não ouve. Porque o restante consegue entender (G2).

Tem uns que se deixam levar, mas também porque é mais fácil, você tem que ir pro embate, não ser do contra por ser do contra, “ah você é sempre do contra”, “não, eu sou do contra por isso, isso e isso, me diga o contrário que quem sabe eu mude minha opinião”, mas enquanto isso não acontece eu vou continuar sendo do contra (U6).

Esse campo de disputas gestor ‘contra’ usuário/trabalhadores e vice-versa, historicamente construído nas lutas sociais pela saúde estabelece-se dentro do CMS e representa um vértice de separação e disputa entre os segmentos, que mais uma vez impede o construir coletivo. Essa relação dicotômica é mais um problema ético deste CMS.

[...] às vezes o gestor não percebe que nós somos seus aliados e não seus inimigos, e aí não ceder por não ceder, parece assim que nós estamos... “ah a bola é minha e eu não vou dividir com ninguém”. Não tem nenhum motivo específico a não ser a minha autoridade, então isso acontece um monte. Toda reunião tem isso (G3).

[...] ele disse que eu tinha desacatado ele, porque ele era o secretário quem eu achava que era [...]. E ali a reunião praticamente acabou, e aí não aprovamos as contas, aí foi pro ministério público, a gente já ia perder recurso, aí quando ele viu que o bicho ia pegar, que eu não ia abrir mão, aí ele falou que foi um equívoco da conselheira e que por isso o processo estava sendo arquivado. Eu falei “então tá, mas o meu não”. Ele só tava fazendo isso

porque ele sabe que vai perder recurso... eu não tô nem aí, não sou eu que vou perder, não vou ganhar nada, mas em compensação ele vai se incomodar um pouquinho (U6).

Acho que a maioria das decisões reflete minha participação sim né, só não quando eu, no caso a gestão perde, uma votação. Mas eu acho que são muito poucas. [...] é porque assim, no conselho apesar de ser votação, é muito mais consenso do que votação, acho que a gente discute muito até chegar né, então durante a discussão a gente já vê se isso vai ser aprovado ou não vai. A maioria, são muito poucos que eu não me sinto contemplada. (G2)

Esse campo de disputa onde ceder não é opção, traz esse olhar de que “eu perco quando algo do meu segmento não é aprovado”, representando uma ideologia bastante individualizada e segmentada, além de reduzir a função de um conselheiro. Apesar dos discursos se inclinarem para o lado da participação e da construção, é quase um consenso de que sempre algum segmento vai “perder” nas discussões. É este olhar dicotômico, que só enxerga duas opções, que dificulta o deliberar, principalmente quando o problema é de ordem moral, onde dificilmente se terá apenas duas respostas a serem analisadas, uma certa e uma errada, uma boa e uma ruim, um contra e outra a favor (GRACIA, 2014).

Quando você se vê diante disso tudo, e você tem um pouco de conhecimento de cada coisa, e alguém vem pra você e diz assim você é favor? A favor de quem? Porque se eu disser que as pessoas precisam e assinar la aquele movimento “x” que de fato as pessoas precisam e tem que ter, ok. Eu to concordando com isso, mas automaticamente eu estou me colocando contra a gestão, porque eu tenho conhecimento que não vai dar conta daquilo (G1).

...é muita coisa pra tudo ser formado com todos os pares, eu acho que no mínimo um gestor e mais alguém, ou profissional ou um usuário, tem que ter, isso aí eu acho que não tem... porque os olhares são diferentes, aí eu acho que no mínimo isso (G2).

Observa-se que os desejos e interesses dos membros do CMS apesar de legalmente coincidirem na melhoria da saúde e qualidade de vida da população parece existir uma miríade de situações em que esses interesses divergem. Quando a conselheira coloca que ‘os olhares são diferentes’ obviamente que são. Eles são e devem ser, para isso serve a diversidade do Controle Social. O que há de se perguntar é se os “interesses” deveriam divergir tanto assim? Para Campos (2000) quanto maior a distância entre os desejos dos que estão cogitando, mais penoso se torna o trabalho.

...o gestor nunca cede, a não ser que ele seja muito pressionado a ceder. O que é uma bobagem porque na verdade todos os conselheiros que estão ali, os do governo e os não governamentais querem o melhor pra saúde (G3).

...é isso que acontece, o cara sabe que se ele for votar contra o gestor ele vai ser bloqueado lá na frente [...] mas mesmo com tudo isso ele teria que votar naquilo que ele considera o mais correto (G2).

O ser humano é um produto das circunstâncias históricas e sociais do seu meio, mas também é um produtor de si mesmo e desse meio. À medida que o sujeito utiliza sua capacidade de reagir às influências as quais é exposto, começa a recompor também seus espaços de convivência, tornando transformações viáveis (CAMPOS, 2000). Os sujeitos têm a capacidade de influir nestes aspectos sociais, econômicos, naturais, históricos, culturais e ideológicos (valores). O grau de influência desses atores vai depender da sua capacidade de lidar com a variedade de situações que lhe são impostas: graus de hierarquia e autonomia, misturadas e em fluxo constante (CAMPOS, 2000).

[...] trabalhar com o poder, acho que é uma coisa bem importante, eles me ensinaram isso, acho que o maior aprendizado de tudo é esse, é como entendê-los, como vivenciar aquele momento de disputa ali, como diluir aquilo. Ao longo do tempo que tive que ir construindo isso pra poder conseguir articular os dois lados, porque eu sempre tive do lado do gestor né, mas ao mesmo tempo eu quis que eles conseguissem entender o que que a gente tava apresentando, pra não ser dois lados e sim um lado só (G2).

[...] eu não estou lá para ser contra ninguém. Eu não sou contra a gestão, não sou contra o secretário municipal, eu não sou contra nada daquilo, assim como eu não sou contra a nenhum representante de classe, tão pouco ao usuário. O papel de intermediar isso é que é complicado [...]. Porque a partir do momento que você está colocando um posicionamento pra um lado, você está se desposicionando em relação ao outro... (G1).

Neste aprendizado que o decidir em conjunto proporciona, um ponto bastante importante é tentar superar essas visões dicotômicas, essa nossa inclinação natural em transformar problemas em dilemas (GRACIA, 2000): ou eu ganho ou eu perco. Se meu segmento ganha, tudo está certo, se ele perde... Essas visões sempre dilemáticas não cabem ao CMS, onde existem variados valores e com eles interesses diversos. A questão é que as diferentes moralidades não precisam ser opostas. Elas podem aprender a conviver, não necessariamente deixando de serem diversas, mas superando suas limitações e fronteiras. É uma relação entre diferentes segmentos a serem representados, mas todos têm um objetivo em comum, e é este que pode auxiliar a transpor barreiras.

... A gente consegue avançar muito, sim, mas porque o gestor tem sido um bom parceiro. Hoje o conselho sabe que tem que prestar as contas de tudo, não só pra cumprir a legislação, como um ato assim isolado, mas que ele tem que cumprir por que existe um grupo de pessoas que está lá pra cobrar, pra exigir e pra pensar, mas também pra ajudar sabe... (U2).

...eu acho que a gente trabalha muito bem isso a gente constrói junto com eles [...] a gente queria propor um novo modelo de prestação de contas, a gente construiu com eles. [...] eles enxergam na gente uma veracidade quando se coloca, então é o fato deles acreditarem no que você tá orientando é muito bacana. Então tem essa relação com eles (G2).

Mesmo a autonomia dos conselheiros (já estudada no item 6.2.1) melhoraria diretamente a capacidade de “agir influenciando e considerando todas estas categorias” de diferentes interesses, valores e deveres, entendo que todos são compostos por diversas soluções, e por



tanto, podem valer-se de métodos dialéticos que mediem todas essas forças (CAMPOS, 2000, p.74).

Para Junges (2006) a Bioética tem um papel fundamental nessa ‘tomada de consciência’ onde mesmo o que, em algum momento pareceu distante pode se aproximar, como usuários, gestores, trabalhadores e prestadores de serviço se relacionando e por vezes, tendo que superar os seus próprios paradigmas mentais.

### 6.2.5 **Articulação *versus* a imobilidade da sociedade civil**

“Na sua opinião, como que você vê a participação dos usuários no conselho?” (Pesquisadora).  
 “Cada um por si. Desarticulados” (U3).

De acordo com o artigo 1º da Quinta Diretriz da Resolução nº 333 (2003) compete aos conselhos de saúde das três esferas federais “Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde” (BRASIL, 2003, p.9). A mobilização da sociedade como responsabilidade do CMS está presente nas falas dos conselheiros, embora concentrada em um único exemplo – os conselhos locais de saúde:

[...] quando nós fizemos a pré-conferência que foi organizada em diversos locais, muitos conselheiros, e um fui um deles, fomos há várias conferências locais e nós começamos a perceber o quanto o conselho municipal estava distante das comunidades, e só havia um jeito era trazer todo mundo pra cá (U2).

Essa mobilização das pré-conferências de saúde, relativas à convocação da Conferência Municipal de Saúde são obrigações legais do CMS atribuídas pelo seu Regimento Interno. Para além dessa atribuição legal, percebe-se uma responsabilização moral dos conselheiros em aproximar os CLS do CMS.

[...] os CLS são muito representativos, eles vão nas reuniões, eles têm inclusive direito a falar nas reuniões do conselho municipal, tem um espaço que é só deles, e assim, tá se fazendo um trabalho de ampliar a construção desses conselhos locais, de formar esses conselhos (T2).

A capacitação, mobilização e abertura para os CLS, permite uma articulação interconselhos, e na esfera municipal auxilia no melhor entendimento das percepções dos usuários em relação às políticas de saúde, fato essencial para o Controle Social.

A criação dos conselhos locais foi excelente, porque os conselheiros locais trazem os problemas pro Conselho tentar solucioná-los, aí fica bem mais fácil, porque nós não podemos estar em cada comunidade (U1).

Apesar de toda a articulação entre os conselhos locais e o municipal ainda falta um melhor preparo e emancipação desses conselheiros locais (item 6.1.1), para que essa mobilização da sociedade civil consolidada no CLS não se estabeleça somente como um local de ouvidoria, mas antes, um canal de proposição e verdadeira participação democrática.

[...] hoje a gente tem dado essa voz assim, e querendo ou não tem fortalecido esses CLS, mas é aquela coisa que eu te falei: fortalece a representatividade e não a qualidade da representatividade, então muitas vezes as pessoas reivindicam coisas, e numa reunião de CMS você percebe isso claramente, eles reivindicam o óbvio que a gestão já tem resposta, e aí patina entendeu? (G3).

Sob este olhar, percebe-se como um verdadeiro desafio da democracia participativa no Brasil essa passagem da “cidadania acostumada a exigir” para uma “cidadania acostumada a participar”, que possa trabalhar também na proposição de projetos e ações, na busca do estabelecimento dos sujeitos como atores verdadeiramente ativos na estruturação do SUS (MARTINS *et al.*, 2008). Essa dificuldade de ser ativo, para além do exigir acrítico, que não conhece e não enxerga o ‘óbvio’, transparece também entre os conselheiros municipais:

“[...] nunca vi segmento de usuário apresentar, a não ser os conselhos locais, mas mesmo assim como informe, não é uma apresentação de uma percepção” (G3).

Garantir legalmente a paridade dos representantes dos usuários não tem assegurado a capacidade de intervenção desse segmento (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). Dentre os diversos problemas

atribuídos pela literatura como obstáculos para que se efetive o Controle Social (WENDHAUSEN, CAPONI, 2002; CORREIA, 2005; WENDHAUSEN, CARDOSO, 2007; MOREIRA, ESCOREL, 2009; GRISOTTI, PATRICIO, SILVA, 2010) um dos motivos aqui destacados para essa efetividade rasa é a própria falta de articulação intraconselho, principalmente no que concerne aos representantes dos segmentos dos usuários do SUS.

...eu já participei de outros conselhos, não como gestora, mas sempre como sociedade civil organizada, e em todos os conselhos a sociedade civil, que ali no caso são os usuários, se reúnem à parte do gestor, e o gestor se reúne também, é logico né? Mas ali no CMS não existe isso e eu acho que isso é ruim, e isso não é pra dividir, não é pra isso, mas é que os usuários e os trabalhadores, eles têm demandas diversas do gestor. Às vezes comuns, e às vezes diversas. Então você precisa se articular, porque o gestor é articulado, todas as informações que o gestor passa são articuladas antes, são discutidas e tal, e os usuários e a sociedade civil não se articula entendeu? (U4).

...os governantes, quando eles querem votar uma pauta no CMS, eles se organizam pra ir pra reunião, e nós enquanto movimento social ainda não temos esse hábito [...] nas reuniões, um puxa pra lá, outro puxa pra cá, o outro puxa pra lá, sabe? Não tem uma unificação das ideias, não que tenha que ter, mas pelo menos assim ‘processo tal está sendo discutindo qual é a melhor proposta pra cidade’ [...] não é que é pra ser contra, não, é pra ter uma resposta mais unificada mesmo. Se for pra cada um puxar pra um lado tamo ferrado, não vamos chegar a lugar nenhum (U3).

Essa falta de articulação entre os diferentes representantes dos segmentos, como aqui no caso, dos representantes dos usuários, torna esses atores representantes de si ou de sua entidade (aprofundado no item 6.3.1), mas não representantes da sociedade, porque se não há uma articulação, dificilmente acontece uma representação coletiva, um controle da sociedade, no máximo se tem uma disputa individualizada de interesses, que desarticulados raramente se viabilizam. A democracia institucional que se pretende com o Controle Social é construída a partir de “Grupos Sujeitos”, que viabilizariam uma reforma social. Ninguém

isoladamente é capaz de produzir democracia, esta é acima de tudo, um produto social, sendo altamente dependente da habilidade dos grupos de estabelecerem espaços de poder compartilhado (CAMPOS, 2000, p.41). Essa forma de participar isolada provinda do segmento dos usuários, que barra a capacidade de estabelecer enfrentamentos aos poderes instituídos e que torna pouco fértil o Controle Social, é o grande problema ético dessa falta de articulação dos usuários.

É que às vezes os outros também acreditam, mas a forma como aquele conselheiro está trazendo aquilo não tá legal, não representa o conjunto, entendeu? Não foi dialogado aquilo, e como não representa o conjunto, o conjunto pensa” ah é legal mas eu não quero me meter nisso entendeu? Então essa questão de que a sociedade civil tem que se reunir, isso tem que ser uma coisa da pauta. [...] não é uma coisa “ah vamos nos reunir escondidos aqui” ... é uma articulação, até porque as pessoas não convivem no mesmo espaço né [...]. Essa articulação talvez propicie que a gente não tenha que ceder tanto pro gestor (U4).

Às vezes acontece, dependendo do item polêmico que possa ser discutido a gente tenta conversar antes pra chegar num consenso e rebater, porque você já sabe que a proposta que vem é contrária. Então a gente tenta se articular, debater, discutir, “é assim e nós vamos defender isso aqui” [...] o que requer uma articulação que tem que ser feita, senão, não teria nem sentido ter um CMS, só pra formalidade... reunião de cafezinho como a gente diz... (T1).

E daí o que que acontece, como a sociedade civil está desarticulada sempre tem algum conselheiro que fica insistindo e aí os outros conselheiros recuam porque não tão com aquela discussão, não discutiram não combinaram, não tão com aquela posição coletiva né? A gente sempre perde, porque o governo tá sempre coeso (U4).

Esta realidade da participação social representada pelos interesses individuais dos diferentes segmentos dentro do CMS, não deixa de ser controle social, pois são indivíduos que constituem a comunidade. Acontece que existe um nível de controle social que necessita

enfrentamentos políticos e tomadas de decisões que priorizem, por vezes, o coletivo sobre as individualidades. Esse controle social é o que ocupa os maiores espaços de autonomia dentro do CMS, pois é a unificação que permite diluir pontos de concentração de poder consolidados. A democracia é essa possibilidade de exercício de poder, capaz de alterar esquemas de dominação, produzindo pontos de autonomia e liberdade (CAMPOS, 2000).

A dificuldade de articulação do segmento dos usuários contrasta com a facilidade de aproximação do segmento governamental – que institucionalmente já é articulado, e dos trabalhadores – seja pelos sindicatos, associações ou pela própria Central Única dos Trabalhadores. Já o segmento das prestadoras de serviço é visto, e também se enxerga como o segmento dos usuários. Alguns conselheiros se colocam até como sendo dessa representação (item 6.3.1), e que, de igual forma, também não se articulam extra muros do CMS.

Tem total articulação dentro da secretaria. Tudo que tá lá no CMS eu articulo aqui dentro, eu e o secretário, pra poder levar pro CMS (G2).

Acho que os trabalhadores se articulam bem, até porque são articulados fora, os sindicatos, as centrais se articulam melhor que os usuários, acho que os usuários se articulam pouco, apesar de, terem muito mais realidade, porque tão na comunidade, tão na realidade mas se articulam pouco. [...] a sociedade não governamental tem que perceber que ela precisa se articular, que isso é normal, o governo se articula, a diferença é que o governo tá todo ali reunido, tem uma hierarquia, e é o seguinte “eu quero assim e tal”, e a sociedade civil não tem isso, ela precisa se articular de outro jeito (T2).

A falta de um método de articulação já consolidado dificulta a percepção da necessidade de se mobilizar fora do CMS. Apesar dessa inexperiência, uma forma que os conselheiros encontraram para, minimamente, poderem dialogar sobre os assuntos da pauta da reunião na plenária foi o estabelecimento da CT, embora este sendo composto por todos os segmentos do CMS. De qualquer forma esse foi um espaço criado como forma de enfrentamento dessas situações de dominação, de falta de entendimento, de clareza e de tempo.

...as decisões são coletivas, mas são pensadas e discutidas previamente. Alguma coisa que nós não discutimos na câmara técnica e que vá pra reunião (U2).

Você enxerga então que cada segmento de representação ele se articula... Pra votar junto... [...] por exemplo a câmara técnica é legal. Dilui muito os conflitos ali. Já é uma preparação boa, então ajuda bastante. Então isso é uma forma de diluir um pouco isso, de ajudar na votação, porque ela dá um indicativo se isso deve ser aprovado ou não. Ela já dá um parecer. Isso é bem bacana, porque lá sim isso é bem discutido, o assunto (G2).

As articulações apenas “pra votar junto” para “não perder na disputa dicotômica” (item 6.2.4) buscam um consenso que é, por muitas vezes, menos necessário que a articulação autônoma daqueles que conhecem profundamente os assuntos em pauta, e que, mesmo que não entrem em consenso, têm a capacidade de discernir e escolher as soluções mais prudentes dentre o leque de escolhas que podem ser tomadas (GRACIA, 2014). A articulação é tão pouca, que mesmo quando o foco é somente o “votar junto”, como foi o caso da não aprovação do plano de saúde do município (item 6.2.1) pelo CMS, os conselheiros têm de parar a plenária para que ocorra um diálogo mínimo:

[...] no meio da discussão pedimos uma pausa, na pausa os conselheiros se reuniram e disseram: não vamos aprovar, tem que passar na câmara técnica, a gente tem que manter o nosso posicionamento. Todos aceitaram e não aprovamos o plano (U2).

Existe outro nível de articulação que também é deficiente no CMS estudado: é o da articulação dos conselheiros com suas bases representativas. Se esse nível não dialoga, os conselheiros efetivamente passam a ser representantes de si mesmo:

...não há o consenso de quem ela tá representando, pra ela poder dar resposta em cima disso. Não, ela dá resposta em cima do próprio conhecimento dela, do que ela acha. Então, a forma de organização do Conselho é equivocada (G2).

Retoma a palavra e também o assunto sobre a vacância da entidade que não vem, não substitui o

representante e que no momento a vaga fica em aberto (Ata01;T04).

Essa falta de articulação e diálogo dos conselheiros com suas bases representativas já foi constatada por outros estudiosos (SILVA, 1996; CORREIA, 2005; WENDHAUSEN, 2007; GRISOTTI, PATRICIO, SILVA, 2010). A dificuldade vai desde conseguir um feedback das suas bases no sentido de realimentar o CMS de fora pra dentro, até a dificuldade de mobilizar os movimentos populares, de dentro para fora. De igual forma não há uma pressão dos movimentos populares para fortalecer ou estimular os conselheiros municipais, todas as manifestações extramuros do CMS se dão pelos informes dos CLS, que como vimos, ainda são pouco propositivos.

Não existe articulação... essa história da representação passou a ser uma coisa assim, “tu vais lá e me representa” [...]. E precisa tomar muito cuidado, porque eu posso sujar o nome da instituição. Agora, mais do que isso, eu penso que eu poderia ser o elo de ligação com o serviço, o que não acontece. E te digo mais, já tentei por três vezes, procurar o diretor da minha representação, e nas três vezes fui ouvido mas não encontrei respaldo nenhum pras ações que precisam ser feitas de cooperação [...] (U2).

Esse é o segundo problema ético nesta categoria - a falta de articulação entre os conselheiros e suas bases representativas, fato que deslegitima o Controle Social, pois os coloca os conselheiros como representantes de si mesmos, com pouca ou nenhuma sensibilidade com os ideais de suas bases decisórias, perdendo seu valor representativo (esse tema será retomado no item 6.3.1). De igual forma, também os representantes da gestão precisam entender seu papel enquanto representantes do Estado e não do governo ou partido no poder. A força política do CMS somente terá potencial de transformação da realidade social e de consolidação do SUS, “na medida em que as entidades priorizem nas suas agendas de pressões e mobilizações” também as deliberações do CMS (BRASIL, 2002b, p. 20).

Outro problema ético levantado nesta categoria está no mecanismo de acolhimento dos conselheiros no CMS. Apesar da sustentação legal do estímulo à articulação, principalmente da sociedade civil com vistas à sua autonomia, a realidade do CMS é marcada pela indiferença dos conselheiros já estabelecidos, principalmente da gestão que detém o poder

de condução das reuniões, em tentar incluir e estimular uma aproximação dos novos conselheiros. Fato que desestimula a consolidação de uma equipe de trabalho, que conhece as suas individualidades e se valoriza enquanto sujeitos de ação.

...vou te dizer que no início eu me sentia constrangida em alguns momentos, até as pessoas saberem o que você representa... porque, por exemplo, ninguém me apresentou pro CMS, eu entrei, ninguém disse “essa é fulana, representante de tal instituição, tá vindo fazer parte do nosso CMS...” [...] o CMS não tem feito esse movimento de apresentação... [...] Às vezes você conhece a pessoa ali no *tête à tête*, porque você senta do lado conhece um pouquinho, senta do lado conhece um pouquinho, muitos eu conheci assim, eu não tive um momento assim de não reunião e que tu pudesse trocar com essas pessoas [...] (G3).

...a gente tem muito pouco contato e as divergências que podem estar acontecendo, o conflito de ideias elas surgem nesse momento, então a gente, muitas vezes, não conhece a instituição que a pessoa vem, a pessoa em si, a gente não tem esse contato diário, é diferente de trabalhar com as pessoas que você convive dentro da instituição, todos os dias (T1).

Sugere que na segunda terça-feira do mês ocorra uma reunião do Conselho, não sendo em caráter deliberativo, mas sim para que possam se conhecer e saber o que cada um faz, o que é, o que representa, para poderem planejar algumas ações (Ata02; U3).

Se existe um Presidente, que é anfitrião e que media as reuniões por que a ausência das apresentações como forma de facilitar um ambiente de articulações? De acordo com Campos (2000), esse velamento do Sujeito é uma estratégia deliberada de dominação, na tentativa de se manter a hegemonia, e esta ser vista como único sujeito existente, e aí perde-se qualquer possibilidade de dialética e construção coletiva (CAMPOS, 2000). Sem sujeitos de ação não há deliberação e muito menos transformações. Neste sentido, parece que a articulação se iniciaria pela própria aproximação dos conselheiros enquanto indivíduos.



Descobrimo-se enquanto seres de ontogenias diversas poderiam começar a se articular na busca de maior efetividade para todo o coletivo.

### **6.2.6 Papel do Controle Social: para além do pragmatismo imediatista.**

“Agora, graças a Deus, eu tenho plano de saúde” (U1).

O estabelecimento de um limite de atuação entre as ações específicas do CMS e as atribuições do Poder Executivo (Gestão do SUS), tem gerado indisposições e contribuído para o estabelecimento da dicotomia Estado X Sociedade (item 6.2.4). Especificamente o papel do CMS e do Controle Social estabelecido no seu cerne encontra-se “limitado ao espaço privilegiado e bem identificado” no qual a população participa, através de representantes, na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (BRASIL, 2002b, p.12). Entender o papel do Controle Social também exige a compreensão das competências típicas da Gestão, que são: Planejamento, Orçamentação, Programação, Normatização, Direção/Gerência, Operacionalização/Execução e Controle/Avaliação das ações e programas (BRASIL, 2002b).

A dificuldade maior deste CMS não está especificamente no reconhecimento desse papel prático do Controle Social (ainda assim com diversos obstáculos – autonomia, hierarquia, controle), muito menos no exigir o papel da Gestão (pois, pelo que já foi colocado, esta ‘engole’ a pauta com as suas atividades). O obstáculo maior aqui identificado encontra-se na ampliação e adesão ao projeto instituinte do Controle Social como o exercício do ser cidadão dentro da esfera política, buscando acima de tudo, o melhor para toda a sociedade.

Essa concepção menos pragmática e mais subjetiva não desconsidera as atribuições práticas do Controle Social, mas transcende-as na consolidação de um objetivo maior, o de:

...assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo (BRASIL, 2002b, p.26).

Sem a clareza desse objetivo social do controle sobre o Estado, os conselheiros ficam expostos “a pressões estreitas de tendências e grupos, da sociedade e do Governo, desviando-se da totalidade da sociedade e da cidadania”, e o Controle Social perde credibilidade e torna-se frágil (BRASIL, 2002b, p.26). Dentro do CMS estudado existe este apelo para se clarear o papel do Controle Social e sua estruturação:

Ah acho que a gente deveria saber, a princípio, o que é o papel do conselheiro. Eu acho que bem focado porque ainda existe muito dúvida assim, e o papel do próprio CMS (G3).

Tem gente que parece que não sabe o que ta fazendo lá [...] tem sempre isso... vou falar pelo menos alguma coisa só pra dizer que eu to na reunião... (T2).

Para os conselheiros difundir o papel objetivo e prático, que tem possibilidade de resultados imediatos é a principal questão para o entendimento do ser conselheiro.

...reconhecer o seu papel como órgão de monitoramento [...] como é que o sistema tá agindo. E que tem que saber sim onde tem onde não tem médico, onde tem e não tem enfermeira, onde as equipes estão falhas, onde não estão, que organização mínima elas precisam ter, eu acho que é papel do CMS saber isso pra poder organizar, propor, poder propor aonde tem que ser o foco, então conhecer a realidade do município também, as características sociais do município, como que essas famílias se organizam aqui nesses territórios (G3).

... eu acho que o objetivo do CMS é isso, é olhar esse sistema de uma forma ampla e ver os acessos que ele está tendo, aonde que eles estão travados, onde é que tem trinca nisso tudo, e tentar minimizar tudo isso assim né. Então essa preocupação mais macro talvez seja também uma qualidade que as pessoas têm que trabalhar em si (T2).

De fato há uma importância complementar desse papel objetivo do Controle Social, mas de maneira nenhuma exclui a importância do papel subjetivo do ser conselheiro, que encontra respaldo na emoção de dar valor a um sistema público e de qualidade para a saúde, que coloca os

valores coletivos como foco de suas ações, e que enxerga, acima de tudo, as interações entre os diferentes setores sobre o imaginário e a qualidade de vida da população. Existe sempre uma tendência a aceitar os reflexos da “nova ordem mundial” como sendo naturais e inevitáveis (FREIRE, 2011). Um dos grandes ganhos da participação social seria esse contra fluxo estabelecendo as responsabilidades morais, ao menos, no mesmo nível das responsabilidades legais.

Se tu vais pro CMS por mais que você tenha um segmento você tem que fazer a discussão de forma ampla, ela tem que ser coletiva, ela não pode ser primeiro eu, depois o nós. Eu acho que você tem que vir pro CMS com outra visão, e não é a visão de muitos conselheiros hoje, sabe vai mais porque acha que depois lá na frente pode pedir alguma coisa, já que eu conheço o secretário. Não vem com aquela discussão coletiva que é o fundamental, o objetivo de você estar no conselho, é pras políticas coletivas e não pras políticas individuais. [...] a função do conselheiro ela é de relevância pública, mas você tem que saber porque, sabe você tem que fazer as coisas por amor, porque tu gosta, porque tu valoriza a participação (U6).

O Controle Social resulta do envolvimento de todos os interesses específicos de cada segmento, que devem ser articulados em favor do conjunto de toda a sociedade. Neste sentido, o papel do Controle Social tem função primordial no exercício da cidadania (BRASIL, 2002b). Apesar de todos os esforços para aproximar a sociedade das decisões políticas e com isso aumentar a possibilidade de se desenvolverem atores cada vez mais engajados nas questões da sua *polis*, esse agir cidadão esteve sempre colado a ampliação da participação social dentro das instituições governamentais como forma de fiscalização, principalmente das contas públicas.

Procurar estudar muito sobre o que é e qual o modelo que a gente quer de um CMS, ou qualquer tipo de conselho que seja eficiente, democrático e que realmente o movimento social seja ouvido, dentro do papel que ele tem de importância em construir tudo isso, e muito mais de fiscalizar se realmente essas verbas são devidamente aplicadas

e o retorno da produção disso pra sociedade, pro usuário num todo (T1).

Existe na fala do conselheiro uma abertura para a importância do Controle Social enquanto um movimento da sociedade e que precisa ser ouvido, mas não nega a importância centralizada do papel objetivo do CMS, e dentro dele com foco na transparência das contas públicas, visão que parece ser a hegemônica dentre os conselheiros:

...a Lei Orçamentária Anual (LOA) não é maior que as outras questões da pauta. Mas é mais importante, eu como gestora penso exatamente assim... porque a LOA vai definir toda a locação do recurso financeiro, e se os conselheiros não tiverem empoderados disso aqui... um monte de coisa vai passar... isso aqui ó na atualidade infelizmente é mais importante [...] Porque aqui é que vai ser dito exatamente o que vai ser feito. Se eles não olharem isso com muito cuidado e com muito tempo, porque isso precisa ser amplamente discutido (G2).

...a gente acaba ficando com prazo muito reduzido pra análise da proposta orçamentária anual, e ela é que vai dar as diretrizes pra que tudo aconteça naquele ano, pra execução do melhor plano de saúde pro município. E as intervenções de nós conselheiros, o nosso papel é controlar essa questão financeira (T1).

O olhar dicotômico entre o que de fato é mais importante e o que é menos importante coloca as questões de financiamento público sempre como carro-chefe das discussões do CMS. É interessante analisar que esse papel de transparência é o que legalmente cabe aos representantes da gestão do SUS, sendo o papel do Controle Social exclusivamente o de aprová-la ou não, o que reduz e muito o seu escopo de responsabilidades. Não cabe nessa análise descobrir o que é mais importante ao CMS, mas sim entender porque os conselheiros estão tendo que ‘escolher’ algumas prioridades, se o seu papel é muito mais do que o burocrático? A quem serve esse engessamento de pautas e tempo de discussão?

Essas questões necessitam ser resgatadas pelo conjunto do CMS na busca de refletir sobre o papel ampliado do CMS e do Controle Social, entendendo que tanto as questões pragmáticas quando as questões da subjetividade e seus valores coletivos implícitos necessitam caminhar lado a lado nas ações dos conselheiros – como ações complementares

que são – não se tem ações locais efetivas para o SUS se não se pensar no conjunto da sociedade, assim como de nada adianta valores coletivos se estes não passam para o mundo dos fatos.

De fato os deveres estão sempre fundamentados em valores. Cortina (2005b) ressalta que quando consideramos algo justo pretendemos que o mesmo seja igualmente considerado por qualquer ser racional em condições de imparcialidade, que não se guie por interesses individuais ou de grupo, mas por interesses universalizáveis. Nos interessamos por valores como liberdade, justiça, solidariedade, disponibilidade para diálogo dentre outros, estando dispostos a defender que qualquer pessoa deveria tentar realizá-los como forma de não perder sua humanidade. Assim universalizamos tais valores.

Se não se consolidam esses valores universalizáveis como a própria cooperação e solidariedade como moral do CMS, pouco os cidadãos poderão avançar na questão da saúde pública brasileira. Essa dificuldade de consolidar o papel do Controle Social para além dos objetivos burocráticos, incorporando valores universalizáveis e que objetivem o bem comum para a saúde pública é o problema ético enfrentado pelo CMS na definição do seu papel enquanto Controle Social.

De acordo com Freire (2011) não há pensar certo à margem de princípios éticos, a mudança é sempre uma possibilidade e um direito, mas cabe a quem muda assumir as mudanças operadas, porque no fim todo pensar certo é extremamente coerente. Essa discussão, embora sutil, existe no CMS: a de que é preciso, para enfrentar os obstáculos na construção do SUS, acima de tudo, acreditar nele:

Agora, graças a deus, eu tenho plano de saúde. Mas anteriormente eu tinha um dependente aqui na minha casa. Meu sogro, por exemplo, ele era atendido pelo SUS, direto, porque ele não tinha plano de saúde, não tinha nada. Então, graças a deus isso eu pude constatar, que a equipe de saúde vinha mesmo sem o agente de saúde [...] havia a unidade de saúde, e qualquer coisa que eu precisasse eles estavam lá (U1).

O conselheiro, apoiado pelo Presidente parabeniza o atendimento do SUS, equiparando-o com centros de saúde privados (Ata08; U1).

[...] eu falo pra todos os conselheiros, eu sempre usei a rede de saúde, desde a época que tinha que ir de madrugada, então eu chegava com algum problema e eu fazia esse tipo de pergunta “porque

está acontecendo isso”, e eles respondiam dizendo que não pode tá acontecendo e eu dizia, “tá acontecendo comigo”. Eu não tava pedindo pra ninguém eu tava dizendo que eu tava vivendo esse problema e que ele estava sim acontecendo. E vocês sabem o que está acontecendo? Não sabem, vocês estão acreditando no que o coordenador do posto tá dizendo, isso aí mudou muita coisa. E hoje essa pratica não é só minha, tem vários conselheiros fazendo isso (U5).

Ser ou não usuário do SUS é uma questão que será aprofundada mais a frente (item 6.3.1), o fato essencial está em superar muito do imaginário popular que associa o que é “público” à uma visão negativa, um “graças a deus por não precisar usar”. Existe um valor de bem comum associado à saúde pública que deve estar atrelado ao exercício de ser conselheiro, pois é incoerente defender e controlar algo que não se estima. Este é o segundo problema ético do Papel do Controle Social – o de estar numa posição de defesa e construção de algo ao qual não se associa valores positivos, ou simplesmente algo em que não se acredita. Esse acreditar não significa fechar os olhos para os problemas do sistema público de saúde, mas debitar esperança, ser otimista, porém não ingênuo.

Por fim, se aqueles que exercem a participação social dentro do SUS, por acreditarem na importância do seu papel, depositarem maior confiança e respeito neste Controle Social, haverá de se fortalecer a ‘moral’ deste CMS, aumentando o seu ‘valor’ frente a estruturas consolidadas de poder.

Em um CMS não se precisa temer essas resistências políticas, pois há um poder concentrado e já legalmente debitado à participação popular. Talvez a sociedade e aqueles que exercem esse papel necessitem confiar mais no seu valor enquanto estrutura de poder decisório. O papel autoritário baseado na correia de transmissão de normas criadas por ‘chefias superiores’ desaparece quando o exercício de poder é visto e se vê como compartilhado (CAMPOS, 2000).

...existe uma corrente dentro dos usuários do SUS que não concorda com esse termo, controle social. Porque em nenhuma lei fala em controle social, ela fala só em participação popular, a própria constituição fala. Então esse controle social sugere assim que a gente tá controlando entende, a gente tá participando dele, participando das ações e

serviços de saúde, controlando através do controle, de análise um monte de coisa (U5).

...o conselho não tá ali só pra fiscalizar, só pra controlar, mas ele também deve construir junto com a gente. E eu acho que essa é a nossa proposta junto com o conselho, é o tempo inteiro: construir com eles, construir com eles... Não só o papel de controle e fiscalização (G2)

Essa percepção de que o Controle Social é muito mais do que controlar o Estado fortalece a visão cooperativa do CMS em detrimento da competição histórica entre sociedade-Estado, fortificando esse espaço de construção compartilhada, abrindo um possível caminho para o estabelecimento de um Controle Social com papel de Cogestão.

O Controle Social ao ser exercido pelo conjunto das instituições e entidades da sociedade civil organizada tende a ser legítimo e efetivo a favor do conjunto de toda a sociedade (BRASIL, 2002b), desde que suas intervenções propostas priorizem um olhar eticamente comprometido com a saúde coletiva e de seus indivíduos e que possa responsabilizar toda a estrutura econômico-político-social-educacional como coatores na busca da saúde para além de um conceito rígido, mas como qualidade de vida para o ser humano e seu ambiente.

### 6.2.7 Profissionalização: maior legitimidade?

“[...] por que você tem que fazer controle social de graça?” (U4).

A formação cidadã do brasileiro para o exercício da participação social tem sido tema de congressos e estudos, essa preocupação com o nível de preparo da sociedade atual para atuar no Controle Social esteve presente em diversas recomendações da 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Já o tema da profissionalização do Controle Social não foi abordado nessa conferência e sua regulamentação se dá nos moldes da Resolução nº 333 do CNS, que coloca o Controle Social no SUS como uma função não remunerada, sendo seu exercício considerado um serviço de caráter relevante à preservação da saúde da população (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003).

Apesar dessa disposição legal nunca ter sido alterada, alguns conselheiros a partir de suas vivências começam a questionar essa estruturação do exercício participativo.

Olha, eu posso te dizer o seguinte, eu acho que é essa mudança de conselheiros é que atrapalha. Porque muda a cada dois anos o número de conselheiros, e aí até aquele que entrou, cru, comece a entender da necessidade do trabalho ele fica sem função praticamente, e nós que já estamos não temos condições de trabalhar porque até que a pessoa entenda todo o papel do conselho é todo um ano de aprendizado (U1).

...eles perguntam como funciona isso, como funciona aquilo... é uma educação permanente. Essa é a formação do CMS. Aí qual é o problema? Daqui dois anos eles saem... Chega outro... esse tava começando a entender como é que era, aí vem uma outra pessoa que nunca viu, aí começa todo o processo de novo (G2).

Essa questão da grande alternância dos conselheiros dentro do CMS já foi questionada no item 6.1.1, justamente nesse quesito do tempo de aprendizado para o exercício do papel de Controle Social. Legalmente é possível a maior permanência do indivíduo na cadeira de conselheiro, pois a alternância de dois anos é uma ‘sugestão’, do CNS podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações (BRASIL, 2003). Essa prática de recondução dos conselheiros por diferentes representações já está instituída dentro do CMS, tendo conselheiro que ocupa uma vaga desde a fundação do Conselho em questão. Essa “carreira” dentro do Controle Social apesar de não ser legalmente reconhecida, de fato é percebida como positiva entre os conselheiros.

E agora eu acredito assim, que nos últimos anos até porque a gente não teve uma grande renovação de conselheiros, muitos permaneceram, e alguns já foram conselheiros em alguns momentos e voltaram, outros eram suplentes e ficaram na cadeira de titular agora. E isso também é bom, eu vejo pela gente aqui, quando eu era suplente, se eu não acompanhasse as reuniões, quando eu assumi eu ia ficar mais perdida do que já era (G3).

Ser legalmente justificável não significa que seja moralmente aceitável já que esta alternância das cadeiras do CMS traz consigo o risco de enrijecimento de um processo que é, por concepção, dinâmico e diverso. Como já citado no item 6.1.1, uma alternativa para o Controle



Social seria a própria formação da sociedade para o exercício participativo o que poderia auxiliar o Estado e a comunidade no controverso tema da regulamentação ou não do Controle Social como uma forma de ocupação.

Para a quase totalidade dos conselheiros a dificuldade de conciliação entre as atribuições dos seus trabalhos individuais e o tempo para o exercício do Controle Social tem sido uma grande barreira à sua participação no CMS e uma das maiores justificativas para a profissionalização.

...como a gente é representante de uma instituição, uma associação, um sindicato, que seja, a gente também tem a nossa agenda, então a gente fica totalmente inundado de compromissos sem poder se dedicar aquela única atividade, aquele único grupo de discussão, então é bem complexo assim, participar (T1).

...tem um processo formativo, mas nem tudo os conselheiros conseguem participar, eu ainda sou uma conselheira bastante presente, porque tenho a vantagem de estar aqui na secretaria e conseguir com isso, a secretaria entendendo que eu sou conselheira que eu tenho que participar, mas eu sei que muitos dos conselheiros têm outras atribuições né, todos eles têm (G3).

Então eu acho que eu tenho conseguido, não tenho assim nenhuma queixa de “ah não consegui expor essa ou aquela opinião”, me falta é tempo, pra me dedicar mais, eu tenho dois empregos né... (U4).

A questão da regulamentação legal do exercício de ser conselheiro poderia auxiliar nessas dificuldades de conciliação, principalmente no reconhecimento dessa atividade em sociedade. Se ela não está consolidada como uma atividade de suma importância dentro da sociedade os conselheiros ainda ficam reféns do entendimento e da “boa vontade” dos seus empregadores nas suas outras atividades, essas sim compromisso irrevogável.

Essa dificuldade de dedicação acaba conflitando com as próprias atribuições legais dos conselheiros:

...paridade em tudo, em todas as comissões, não tem como. Seria o mais legítimo de todos, é o mais bacana de se fazer, só que eu vejo que em termos

práticos a gente não conseguiria fazer isso pra tudo, por indisponibilidade. As pessoas que estão no CMS elas não são pagas para estarem ali, como é que elas vão a mil reuniões ao mesmo tempo... (T2).

...coloca que as oficinas dos conselhos locais foram todas no horário noturno porque sabe-se que os indivíduos trabalham durante o dia e não teriam a possibilidade de comparecer durante o mesmo (Ata02; G6).

Esse trabalhar do CMS na medida das possibilidades dos seus conselheiros levou-os a ‘afrouxar’ no seu regimento o princípio da paridade em comissões formadas, pelo simples fato de que seria impossível conseguir formar as comissões com o número de conselheiros necessário. Seja por falta de conscientização ou por falta de tempo essas ausências tem levantado a questão da profissionalização do Controle Social pelos membros do CMS:

Eu acho que os conselheiros da sociedade civil deveriam ser remunerados, porque você tem uma dedicação. Talvez não todos, mas poderíamos começar pela câmara técnica do CMS, que se reúne muito mais do que o CMS. Mas eu acho que as pessoas deveriam ser remuneradas, porque eu acho que isso é um incentivo, porque que você tem que fazer controle social de graça? [...] a gente tem uma coisa que controle social é organização da sociedade civil então tem que ser de graça, não! Entendeu, aquilo é bom pra sociedade, então o Estado tem que patrocinar, financiar, incentivar né. [...] não precisa ser altos salários, mas começar com alguma coisa, você tem que incentivar, porque as pessoas trabalham, elas têm ‘n’ demandas. Claro que isso traz inúmeras consequências mas as consequências não podem ser usadas como desculpa pra não ter remuneração, a gente tem que encontrar formas de...entendeu? (U4).

Eu era do conselho nacional de juventude eu não tinha remuneração, mas diária para ir a Brasília... três dias de reunião, você vai dormir aonde e comer o que? Mas “a entidade que você faz parte deve patrocinar”, tudo bem até poderíamos dividir, talvez o conselho nacional, as entidades são muito

mais organizadas, tem uma capacidade de articulação maior e tal, mas também é importante pro Estado, que exista o conselho (U4).

A gente tem muita deficiência né, nessa questão da representação. Outro dia eu tava conversando com uma pessoa no sentido que a gente precisa ser profissionalizada, ter a formação, sem perder o seu eu de sociedade civil, mas estar profissionalizado no entendimento daquele setor, daquele orçamento (U3).

As argumentações dos conselheiros se referem a diferentes questões – profissionalização enquanto um trabalho remunerado, enquanto uma forma de não ter despesas pessoais, e enquanto uma qualificação para o exercício. No contrassenso dessas propostas, como não poderia deixar de ser, existem outras percepções:

Eu acho que o objetivo de ser conselheiro, pra mim, eu não consigo pensar em ter que receber pra fazer o que eu faço [...] Agora tu imaginas os caras se ganhassem pra isso, [...] o cara vai dizer “bom eu tô recebendo da gestão, eu não posso dizer não pro gestor”, se hoje não recebendo alguns conselheiros já tentam se amarrar, tu imaginas se tu pagar. O cara vai continuar atrelado a gestão, o cara vai continuar pedindo favor o tempo inteiro. “Ah, não, mas, oh, eu sou conselheiro, eu sou pago pra isso”, não camarada, você só vai valorizar o fato de você ser conselheiro exatamente por isso, porque você tem que se dedicar a estudar, você precisa aprender, você precisa conhecer, não porque você é pago pra isso, não é por aí (U6).

Se receber aí acabou efetivamente a parte do Controle Social, porque se você está recebendo pra fazer isso acabou, não tem sentido você ter uma participação popular dentro do CMS. Pra que? Então pega os gestores, pega os trabalhadores que estão ali, pega o pessoal da rede e paga (T2).

A profissionalização do Controle Social seria de fato um problema ético a ser encarado pelo CMS, mas que ainda não pertence a realidade diária de enfrentamento dos conselheiros, embora já possua subsídios suficientes para ser deliberado moralmente. O problema ético vivenciado diariamente pelos conselheiros reside na dificuldade de

pertencer a um sistema que ainda não se encaixa na realidade brasileira – o exercer a cidadania, com seus valores universalistas de construção e cooperação, num mundo dominado pelos valores de caráter excludente, competitivo. Tentar exercer esse papel de participação social em um sistema travado por interesses contrários não tem sido tarefa fácil para o CMS.

Tu tens que procurar ter dedicação, é um valor, de disposição para o que você está fazendo, porque se você não tem tempo você também não vai produzir muito, não vai contribuir muito, mas quem tem tempo hoje? (T2).

Não era nem eu que deveria estar lá, era a nossa psicóloga, mas durante o processo de espera ela engravidou, aí mandei e-mail pra um monte de gente e ninguém me respondeu, trabalhar de graça não é pra qualquer um né. E aí pra não perder a vaga eu fui (U3).

...a gente, com o capitalismo, se alienou muito... não temos tempo... A gente não tem esse contato com a população, porque usuário é a população né. A população não está acostumada num sistema Brasil de assistencialismo, nós somos um país assistencialista né, aonde a gente contribui, a gente paga e acha que vem de graça. Então tem algumas pessoas que se dedicam sim, eu acho que algumas pessoas até que já estão aposentadas, que tem uma dedicação assim.... mas o pessoal efetivo, que tá aí na labuta no trabalho não tem tempo pra querer saber que existe um CMS, que existe um grupo de pessoas que estão lá discutindo os interesses dele [...] eu acho que deveria trabalhar mais isso entendeu. É complicado (T1).

A participação social exerce o papel de um novo ator global que não se encaixa facilmente em um sistema de base capitalista, dominante e alienador. É preciso repensar o lugar da participação social na estrutura organizativa da sociedade atual. Independente das respostas é importante que o CMS questione e reflita sobre essas questões enquanto representantes da sociedade e detentores de poder de enfrentamento político, econômico e social. Esta condição indica a necessidade de interlocutores da Bioética também atuarem de forma crítica na capacitação de setores organizados da sociedade civil como o CMS, para

que a democracia efetua sua capacidade de socializar o poder e a política, intervindo na reprodução das diferentes formas de violência e desigualdade dessa sociedade de mercado (SARMENTO, 2012).

#### **6.2.8 Democratização do poder.**

O Vazio de Responsabilidade Legal categorizou os problemas éticos a partir das aproximações e distanciamento do que é legal e do que é moral, levando a desafios de caráter normativo-institucional, tanto da sua atualização como da sua implementação. Neste sentido traçou-se problemas éticos (compilados no Quadro 16) com o que é instituído dentro do CMS, e que enrijece o instituinte, diminuindo seu potencial de subjetivação e de transformação.

Quadro 16 – Problemas Éticos encontrados na Supercategoria do Vazio de Responsabilidade Legal com suas respectivas categorias

Vazio de Responsabilidade Legal	Concentração de Poder, Enfrentamento e Autonomia	Enfrentamento dos mecanismos hegemônicos de gestão em favor de metodologias atuais de gestão compartilhada.
		Dificuldade de aproximação entre a lei e a moral atual
	Secretário - Presidente	Conflito de interesses na ocupação de dois cargos, onde um fiscaliza o outro.
		Mediação ou controle – dificuldade de exercer o papel de presidente do CMS.
	Hierarquia	Conflito entre a estrutura hierárquica e a coparticipação democrática.
		Inoculação do Controle Social pelo próprio Estado que o exige.
	Relação entre os Segmentos	Relação de disputa entre os segmentos governamental e não governamental.
	Articulação	Falta de articulação do segmento dos usuários - o pensar/agir isoladamente dentro do CMS.
		Deslegitimação do Controle Social pelo distanciamento entre os conselheiros e suas bases representativas.
		Ausência de mecanismos de inclusão dos novos conselheiros
	Papel do Controle Social	Dificuldade de consolidar o papel do Controle Social para além dos objetivos burocráticos.
		Incoerência em ocupar uma posição de defesa e proteção de algo em que não se acredita.
	Profissionalização do Controle Social	Dificuldade do exercício da participação social num mundo dominado pelos valores de mercado.

Fonte: autoral, 2015.

Existe uma democracia instituída nos moldes atuais que é limitada por mecanismos de poder e constantemente anulada pelos interesses econômicos. Além disso, a formalização da participação social instituída e regulada na igualdade decisória não encontra correspondência com a realidade desigual em que vivemos (SARMENTO, 2012).

O Vazio da Responsabilidade Legal precisa ser preenchido com mecanismos que consigam realmente democratizar as instituições, como atualizações da lei que possam diluir estruturas hierárquicas e de dominação; a consolidação institucional de métodos de cogestão que possam transformar a relação entre os segmentos em verdadeiros trabalhos cooperativos e construtivos além do reconhecimento substantivo do sujeito e estímulo à sua subjetividade. Estes mecanismos dependem do poder de pressão social dentro dos espaços públicos e do significado que a responsabilização legal de exercer o Controle Social tem na prática diária de ser conselheiro.

Por fim, é este o desafio central do Estado que se pretenda eficiente e democrático – reconhecer e administrar diferenças e conflitos de desejos e poder, sem negá-los ou camuflá-los em nome de uma falsa objetividade burocrática (CAMPOS, 2000).

### 6.3 DIMENSÃO CULTURAL: O VAZIO DA CONSCIÊNCIA DE CIDADANIA

A dimensão cultural, enquanto espaço de invenção coletiva de símbolos, valores, ideias e comportamentos, procurou visualizar os problemas éticos provindos de uma atual cultura de cidadania por meio da participação social em instâncias políticas. O desafio de estabelecer essa cultura de cidadania leva a dificuldades de coesão social, de consolidação de um sentimento de pertença comunitário e de construção e de implementação de projetos de interesse comum.

A separação histórica entre educação e política enterrou por séculos a ideologia de construção de uma cultura baseada na formação do homem para a *polis* (a cultura da Paidéia) sem a concretude de limites e separações atualmente existentes entre essas três dimensões – educacional-política-cultural. De igual forma essa ruptura também paralisou o desenvolvimento do “ser cidadão” enquanto exercício de direitos e deveres na busca de uma causa comum para com toda a sociedade, que é a própria razão de ser da civilidade (CORTINA, 2005b).

A participação social democrática vem tentar uma reconciliação entre política e cultura, buscando no exercício da cidadania um meio de captar e responder aos interesses da sociedade de forma não violenta mas também mantendo uma ideologia de poder do Estado (CHAUÍ, 1995).

No SUS estimular a inclusão da sociedade nos processos produtivos em saúde buscou materializar um novo conceito de saúde que incluísse o indivíduo como ser autônomo capaz de decidir sobre seu destino e, sobretudo, responsabilizar-se sobre o que lhe é, constitucionalmente, de direito (BRASIL, 2006a).

Materializar a participação social sobre os alicerces da inexperiência histórica, de um Estado que por vezes ainda enxerga a sociedade civil organizada como uma ameaça e em meio à uma economia estruturada no mercado selvagem que nada tem a ganhar com o desacumulo de capital (CHAUÍ, 1995), estabelece um quadro de grande desafio na busca de diminuir as desigualdades em saúde. Neste sentido torna-se interessante consolidar uma cultura baseada em valores justificadores da participação e do Controle Social para de fato efetivar a uma política democrática.

### 6.3.1 **Representação: a aproximação de valores**

“tem horas assim que a minha posição de neutralidade é a mais confortável [...] talvez não seja a mais correta, mas é a mais confortável” (G1).

Existe uma verdade que aproxima os CMS com a cultura da Paidéia grega, o estabelecimento de um compromisso entre os membros de um coletivo e destes com a sociedade no seu todo. Esta adesão, mais ou menos voluntária, a determinados valores instituídos torna-os membros de uma organização (CAMPOS, 2000) e o diálogo desses valores com a moral da sociedade e com a sua própria individualidade consolida-os como representantes da sociedade dentro desses espaços públicos. Essa tensão dialética entre ‘pressão de força’ externa (pontos de dominação) e pressão de força interna (graus de autonomia) ajudaria a consolidar as singularidades de indivíduos e grupos (CAMPOS, 2000, p.73).

Essa capacidade em maior ou menor grau para trabalhar com interesses e desejos por vezes diversos tem causado diferentes reações entre os conselheiros, dentre elas a mais percebida é a que vem da clareza objetiva da lei “Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados,



por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades” (BRASIL, 2003, p.6). Essa relação entre o segmento e a entidade a qual o conselheiro representa tem demonstrado não corresponder às expectativas dos conselheiros.

...o que existe é assim, determinado segmento não consegue levar pra comunidade aquilo que ocorre dentro do conselho. Não consegue as vezes por razões, as vezes que ele não tem um contato direto com a comunidade e outras vezes é porque fica isolado. Ele foi eleito pela comunidade mas ele realmente não representa (U1).

...porque você fica na mão da instituição e a instituição tá longe do que acontece, não sei se há, e normalmente não há uma aproximação entre a instituição e a sua representação. Eu por exemplo, posso falar qualquer bobagem, que a instituição vai ficar sabendo? Nada. [...]. É muito maior do que você possa imaginar, esse é um problema a ser resolvido, nunca se discutiu, é um problema pra ser pensado (U2).

O vácuo de comunicação entre o segmento e a sua base é, em grande parte, alimentado pelo próprio desinteresse da entidade em conhecer o que acontece no CMS:

...eu trato disso com algumas pessoas da minha instituição, discuto alguma coisa com as pessoas, mas não de modo institucional. Até porque com quem que eu vou discutir? Não existe esta ligação prevista. Nunca ninguém me disse assim: vem cá qual o seu posicionamento sobre tal questão? Algumas demandas que são da instituição, eu levei pro conselho, mas precisava de um posicionamento da instituição, e nunca se posicionou (U2).

[...] existe uma falha. Eu sei dos meus deveres como conselheiro, mas eu só tive oportunidade uma vez só de me reportar a minha entidade, pelo seguinte, eu fui apresentado como representante, expliquei o que ia ser feito, o que não ia ser feito, e eles fizeram cinco reuniões de diretoria e nunca me convidaram. [...] eu reclamei, mandei um e-mail desse tamanho, “po como que é, eu sou representante e não consigo expor”, ai eles se

desculpam, que na próxima eu ia ser convidado, não sei o que... eu disse assim eu to a dois anos eu não pude dar um relatório pra vocês! Porque eu faço relatório, mas eu não pude nem entregar né (U5).

Esse distanciamento institucional e comunitário parece corresponder à realidade brasileira ainda desacostumada com a participação em instâncias públicas, e principalmente ainda pouco conscientes do seu poder transformador. Para Cortina (2005b) existe uma dificuldade de sociedades pós-industriais gerarem em seus membros um sentimento de pertencimento que os faça trabalhar em conjunto pelo bem comum. Para a autora apesar do conceito de cidadania ter sido criado no âmbito político há uma dimensão cidadã que é afetada pelas outras esferas sociais, como a econômica e a privada, onde estas, portanto, precisam ser incluídas na responsabilidade do participar cidadão.

Nesta direção, há uma incoerência em se indicar um representante para ocupar uma vaga no CMS sem lhe dar o respaldo necessário para as ações que serão tomadas, ou simplesmente não se interessar pelos valores dos quais aquele conselheiro se apropria. O desinteresse das instâncias de base em estabelecer uma relação com os conselheiros é o primeiro problema ético encontrado nessa categoria. Uma atuação legítima nos moldes atuais da democracia de “representação por meio de associações” requer uma redistribuição das responsabilidades dessa representação fugindo do antigo pressuposto de passividade de um dos lados dessa relação (YOUNG, 2006, *apud* LUCHMANN, 2011, p.137). Nesta perspectiva uma representação legítima requer a participação ativa dos grupos e organizações sociais (LUCHMANN, 2011).

...entende-se que a efetividade da participação das entidades no Conselho deva ser acompanhada e inclusive cobrada (Ata01; U5).

O problema do distanciamento do representante da sua base representativa também não tem contribuído para que os conselheiros entendam com clareza quem eles realmente devem representar, e consequentemente, para o entendimento de quais objetivos estão em foco:

...tem essa dificuldade de interpretação. A gente representa os trabalhadores mas que não deixam de ser usuários do município (T1).

...eu nunca estudei isso, nunca vi isso, tem gente lá que eu nem sei o que que representa, eles falam eu

represento não sei o que, mas eu nem fui atrás, pra mim todo mundo é igual entende? [...] é ruim esses lados, sabe... então, eu sinceramente acabo não me importando muito com essa divisão de quem é quem, o que que ele ta representando ali (G2).

Ter a clareza da sua representação e do seu segmento não significa dividir os conselheiros como diferentes, mas entender que eles precisam dialogar sobre interesses que serão muitas vezes diversos, e se não houver clareza do seu papel de controle social (item 6.2.6) atinado com o que sua representação significa, possivelmente perde-se a diversidade tão interessante à participação social no SUS.

De qualquer maneira, independente do distanciamento da entidade ou organização representada, há um ‘quê’ de ideologia entre os conselheiros em, de forma unânime, se posicionarem contra a exposição e luta por valores individuais dentro do espaço público do CMS:

[...] não adianta eles dizerem que eles representam a sociedade, que representam os usuários, não representa. Cada um toma decisão a partir do que ele considera correto, daquilo que ele tem como história de vida, daquilo que ele tem como história dentro da trajetória do conselho, do que ele sente pelo gestor, do que ele sente pelo que ele tá apresentando, não há efetiva representação da sociedade. Não é, como é formado o conselho a gente não tem isso, então pra mim é um modelo ruim, não funciona, pra representar a sociedade não funciona (G2).

Nem sempre é tranquilo... é aquilo que eu te falei assim, eu represento a gestão, e também represento uma outra gestão de uma outra secretaria, então quando eu me exponho eu não posso me expor, primeiro, jamais a minha opinião pessoal né, apesar de eu ter várias, sobre várias coisas que acontecem ali. (G3).

[...] eu acho que ele tem que saber que ele não se auto representa, eu acho que é isso que ele tem que saber (U4).

Essa ênfase em não se “autorrepresentar” tem significado dentro de uma realidade cartesiana dicotômica e linear, o que de maneira alguma se aplica quando se discutem ética e valores. Existe uma individualidade, uma subjetividade, um ser que deseja e que tem valores constituídos e que

não podem simplesmente serem anulados para defender-se uma instituição. Há uma necessidade de se mediar interesses e descobrir a opção, que no momento, realiza o maior número de valores, a mais razoável e prudente como vimos com Gracia (2014). Mas quando essa dialética não existe, e fica-se fadado a ter de escolher entre um ou outro, é que o trabalho de ser representante fica mais “penoso”.

A tentativa de considerar o conselheiro enquanto um simples “meio” de transferência de valores e interesses acaba por vezes conflitando com essa individualidade do ser. Esse conflito interno é um dos perigos em se embasar a representação somente em um dos pontos de força dessa posição complexa que é a da participação social.

...eu, às vezes, me sinto um pouco tolhida, no sentido de que eu estou como representante da gestão e algumas situações acontece das pessoas lá fazerem uma discussão contrária à gestão, se mostram contrárias, já saíram moções de repudio ao próprio secretário, e eu sou representante daquele órgão, então eu fico no meio, as vezes até concordo com o que está sendo discutido mas como que eu vou chegar... como representante da gestão e dizer “não realmente, de fato...” então é um pouco pesado essa representatividade (G1).

...tem horas assim que a minha posição de neutralidade é a mais confortável, que eu posso escolher. Então talvez não seja a mais correta, mas é a mais confortável. E às vezes eu me coloco num papel de neutralidade por conforto. Então por isso que eu acho que enquanto levando o nome de conselheira, isso não está correto. Porque o conselheiro deveria ter um papel de poder resolver isso de uma maneira melhor (G1).

Alguns conselheiros parecem ter seu discurso ignorado, principalmente quando denotam uma personalidade mais exacerbada (DC1).

Para Campos (2000) a subjetividade estimulada dos sujeitos pode auxiliar sua capacidade de análise e intervenção, tirando-o da posição de um mero executor de interesses e desejos impostos externamente a ele. Essa valorização do sujeito é ainda pouco estimulada no CMS, onde a máxima do nunca se “autorrepresentar” acaba inibindo decisões autônomas e por vezes inculcando o medo de se colocar e de decidir enquanto conselheiro. Essa inibição do ser subjetivo, e com ele grande

parte da capacidade transformadora das instituições (CAMPOS, 2000) é o segundo problema ético encontrado na categoria da representação no CMS.

Por fim, o último “ponto de pressão” a que deve mediar o conselheiro é a sua posição enquanto representante de toda a sociedade. Essa posição do ser coletivo legalmente exigida – “Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do SUS” (BRASIL, 2003, p.6) e moralmente aceita, coloca os conselheiros nesse discurso condenador do eu indivíduo e num sofrimento interno quando a decisão da sua representação de base conflita com seus sentimentos de “dever” moral. De qualquer modo é unânime entre os conselheiros seu dever mútuo de representar toda a sociedade como o grande foco da sua participação.

Apesar do foco comunitário ser aceito por todos, esse dever social é fortemente atrelado aos representantes do segmento dos usuários. O fato desses representantes não terem que atender à premissas e obrigações de instituições que tenham interesses diversos ao dos usuários coloca-os numa posição mais ‘confortável’ para exercer seu papel criativo e crítico para ‘modelar as democracias modernas’ (LUCHMANN, 2011, p. 120). Acontece que essa maior abertura na defesa da saúde coletiva coloca nos representantes desse segmento uma maior cobrança pela posição do usuário, nesse sentido encontra-se o terceiro problema ético – o desse segmento ser ou não formado por usuário do SUS.

Às vezes ele vem como usuário, mas não é nem usuário do sistema, então pelo menos que ele seja usuário do sistema, pelo menos isso, e aí sim, aí ele já viveu, já teve possivelmente recusas de atendimento, então ele tem essa vivência individual. Então tem gente que dá exemplo do tipo: “porque a minha empregada foi lá e fez isso, porque o fulano foi lá e não sei o que, mas a pessoa mesmo nunca pisou numa Unidade, não sabe nem o que que é ser usuário do SUS, e tá lá representando o usuário do SUS (G2).

Eu não utilizo o sistema não, porque assim o fato de eu não usar não quer dizer que eu não tenha que brigar pela qualidade dele, eu represento o bairro e as pessoas utilizam, então você tem que discutir o funcionamento e a qualidade dos atendimentos. Tem muita gente que faz essa pergunta: “mas você

não usa porque você tá lá?” Eu digo, qual é o problema? Eu preciso conhecer e brigar pela política, as pessoas precisam conhecer o processo né, os direitos (U3).

De fato ser realmente usuário do SUS parece aproximar a discussão dos conselheiros da realidade do sistema de saúde, principalmente por estar vinculados ao segmento dos usuários trazer a chamada “realidade da ponta”. Esse seria o ideal de uma representação – um indivíduo que tivesse uma vivência mais próxima possível à vivência daqueles que ele representa, mas, a exemplo do sufrágio universal, ser representante é ser escolhido pela maioria dos votos em plenária. Assim como a crise da democracia no Brasil, que não tem sido capaz de incluir diferentes grupos e demandas no processo político decisório, alimentando a distância entre representantes e representados, a democracia representativa fica, nesse sentido, debilitada (LUCHMANN, 2011).

De qualquer modo, o controle social por meio dessa participação social – embora representativa, tem conseguido diminuir o distanciamento da esfera institucional política das demandas locais, neste sentido promover a representação democrática dentro do SUS tem justamente buscado aumentar os espaços públicos e os atores sociais envolvidos. Se a representação hoje ainda não é a mais satisfatória cabe aos conselheiros e sociedade abrir espaço para essas discussões.

Mesmo que não haja uma obrigatoriedade legal de se vincular a representação dos usuários à utilização do SUS nos seus serviços de Atenção Básica, não significa que não possa haver uma deliberação moral sobre o tema – o que implica dialogar sobre toda a gama de possibilidades que o tema trás, e não somente entre o “ser ou não ser” usuário. Será que seria imoral ‘esperar’ (participando) que o SUS seja ‘bom’ para se tornar usuário? Seria imoral não usar diretamente os serviços públicos de saúde e representar os usuários?

Essas questões devem ser dialogadas no CMS. Em contrapartida, o que não pode haver é uma atribuição exclusiva às associações e organizações civis o compromisso da “virtuosidade moral e da capacidade de mudança social” (LUCHMANN, 2011, p. 135), pois mesmo havendo a representação do segmento dos usuários, resguardar a saúde enquanto um bem de toda a sociedade é um dos valores que embasam toda a construção do CMS.

Por fim, o reconhecimento e a mediação entre o pluralismo de valores morais e a diversidade de interpretações do que é ser um representante de CMS pode alimentar um melhor diálogo entre esses três

pontos de pressão – individual, de base representativa e coletiva, visto que a opção por apenas um deles tem gerado diferentes problemas éticos.

Para Campos (2000) o sujeito capaz de renunciar em absoluto a sua dimensão interna jamais alcançaria algum grau de autonomia, ficando totalmente a mercê de interesses externos, por outro lado o “não abdicar” de nenhuma parte dos desejos e interesses pessoais tampouco o possibilitaria viver em sociedade. Estabelecer uma aproximação entre essas diferentes dimensões torna o trabalho de conselheiro mais tranquilo, visto que todos eles, como condição humana, baseiam-se em valores que justifiquem suas ações. É essa capacidade de se relacionar de forma dialética e de articular com suas bases representativas seus valores individuais e coletivos, que leva ao cumprimento do papel do conselheiro na formulação de estratégias e diretrizes e no acompanhamento ininterrupto da execução de políticas, conectando-as com os direitos e necessidades dos seus segmentos (BRASIL, 2002a, p.6).

### **6.3.2 Participação: por uma “re-valorização” dos valores democráticos.**

“Se metade do CMS fosse ativo, como eu como mais uns dois ou três que são, ah daí nós íamos ter uma força violenta né...” (U5).

O reconhecimento da participação social no Brasil por meio de bases representativas (a representação democrática) traz uma nova legitimação política ancorada na ideia de que “as decisões políticas devem ser tomadas por aqueles que estarão submetidas a elas por meio do debate público” (LUCHMANN, 2011, p.130). Quando o SUS incorpora este modelo de participativo por meio do Controle Social dentro do CMS tem como objetivo materializar um local em que a sociedade pudesse pressionar, fiscalizar e acompanhar as ações do Estado (BATAGELLO, 2011), porém o simples estabelecimento desses espaços deliberativos não tem garantido a qualidade da participação social. De acordo com Luchmann (2011) quando se analisa de fato esses espaços de participação como os conselhos gestores a realidade deixa transparecer situações bem diferentes do desejado “engajamento cívico”, o que se encontra é uma quantidade reduzida de indivíduos efetivamente ativos.

Olha não dá nem de dizer que eu me sinto contemplada nas discussões do CMS, ou que eu me enxergo dentro das decisões finais, porque eu fico num papel meio de espectadora. Embora, eu seja

conselheira, tenha voz no conselho, eu acabo ficando muito mais na posição de passar informação[...] muitas vezes dizem “tem alguém que é contra?” E aí quando você não se manifesta você acaba sendo favorável. Então eu acabo muitas vezes contemplando o que foi colocado em discussão meio sem uma opinião própria, sabe? (G1).

A gente pergunta se mais alguém quer participar, não tem mais ninguém... como por exemplo eles reclamaram da prestação de contas, aí quando que chamei pra participar ninguém levantou a mão... e todo mundo reclama! [...] olha não é fácil... (G2).

Acho que por interesse, acho que, quando a gente tem interesse de fazer algo, a gente dá um jeito de ir. O outro são impedimentos mesmo, a pessoa trabalha, não pode sair... mas, mesmo assim, [...] tem apresentações que são disponibilizadas, mas vê se tem interesse? (U5).

A cidadania só pode ser efetivada quando os indivíduos se envolvem e participam das questões públicas, pois a dedicação somente aos assuntos privados não os contentam mais. Este participar dos espaços políticos necessita de um interesse alimentado pelo sentimento de pertencimento desses cidadãos a uma comunidade, onde o caráter obrigatório nem seria capaz de estabelecer o mesmo poder de comprometimento (CORTINA, 2005b). Se não há uma dedicação e uma autoresponsabilização dos conselheiros em se mobilizar e participar das decisões, os CMS correm o risco de se transformar em meros espaços de formalizações legais.

Uma coisa que eu noto muito é o seguinte, embora ao final de cada sessão a gente aprove a pauta da próxima plenária, pouca gente dentro do conselho procura se apoderar do que vai ser tratado, eu as vezes peço com isso, eu também as vezes incorro nesse erro (U5).

...eu acho que os conselheiros deveriam se dedicar a estudar alguma coisa, pegar alguma coisa, pra quando falar, falar com propriedade, reivindicar com propriedade, isso aí as vezes falha. Tem que ser participativo, e lá pouca gente é (T2).



Se metade do CMS fosse ativo, como eu, como mais uns dois ou três que são, ah daí nós íamos ter uma força violenta né... em tudo quanto é lugar, é na entidade, é no conselho, é nos grêmios, sempre tem os puxadores de carroça, que puxam e dez vão em cima, então eu me considero um puxador de carroça, e o CMS tem uns três ou quatro que são ativos (U5).

[...] desses conselheiros que tem nossos aqui hoje, tem três, quatro, que vão pro embate, o restante entra mudo e sai calado. Isso quando não dorme na reunião inteira (U6).

A efetiva atuação das representações de grande base da sociedade é considerada fundamental para corrigir as desigualdades econômicas e promover a “competência regulatória requerida para a promoção do bem comum” (COHEN, 2000, p.43, *apud* LUCHMANN, 2011, p.130). A ainda baixa adesão e engajamento pessoal dos conselheiros revela o primeiro problema ético da participação no SUS – a incoerência em ocupar espaços de representação coletiva sem de fato participar ou realizar enfrentamentos.

Como não há uma obrigatoriedade, ao menos em tese, da participação dos conselheiros, o cumprimento das suas atividades enquanto Controle Social fica à mercê da consciência desses representantes, das suas responsabilidades sociais e políticas. Instaurar de ‘dentro pra fora’ essa nova cultura política de democracia participativa sem preparar a sociedade, sem investir em outros mecanismos de produção cultural de cidadania parece não estar surtindo o resultado esperado, ou ao menos, tem tornado os resultados do CMS ainda lentos e pouco expressivos. A simples inovação democrática da exigência legal da participação no Brasil não a qualifica como um valor moral a ser constantemente exigido, nem ‘dentro’ do CMS nem ‘fora’ dele. Neste sentido, reforça-se a importância da reflexão ética e da deliberação moral nesses espaços que precisam evoluir em consciência mesmo depois de consolidados legalmente.

Olha são eles que votam, eles que elegeram o cara pra tá lá também, então... talvez eles não tenham ciência do potencial que se tem na representação de um conselho. Isso eu percebo, talvez o que falte é isso (G3).

A população politicamente ainda não entendeu o papel dela, ela vota no amigo, vota no cara que deu emprego pro amigo dele [...] isso aí me apavora, as pessoas são eleitas dessa forma, quando não tem dinheiro direto, por que isso acontece, a gente que tá no bairro dia a dia a gente vê, e eles se sujeitam a isso, não entenderam que não é esse o processo (U3).

...as pessoas hoje também não querem participar, não querem ter o trabalho de se organizar, discutir, pra defender seus direitos. Não vem dizer que querem porque não querem não, são muito acomodados. Marca uma reunião no bairro da associação de moradores pra discutir um tema, quem não tá no dia a dia envolvido não vem, são sempre os mesmos. Não é também só culpa dos conselheiros não, é da própria sociedade (U3).

Um dos determinantes para um bom governo é o envolvimento e comprometimento voluntário das pessoas em atividades públicas, pautado pela confiança e reciprocidade capazes de diluir o individualismo e a desconfiança, estes sim “corrosivos” a uma sociedade democrática (LUCHMANN, 2011, p.121).

E a população tava se mobilizando, a sociedade tava querendo participar, porque? Porque tava se sentindo sujeito no processo, sabe “eu ajudei a decidir sobre esse assunto”, “essa obra saiu porque eu tava lá e ajudei a defender”, sabe? Ai as pessoas tavam se sentindo importantes no processo, né porque só ir lá votar no dia e deixar a responsabilidade pros outros não satisfaz mais as pessoas. E aí o que o governo fez? Foi lá e cortou o processo (U3).

...é difícil de te responder se eu sinto realmente que o cara é representativo ou não, ele tem a garantia e ele tá lá hoje, então se ele não faz o uso é porque ele também não é instrumentalizado (G3).

Mesmo com a participação social legitimada pelas esferas governamentais aproximando a população dos espaços decisórios, as condições políticas, culturais ou educacionais podem tornar o processo participativo tão irrelevante que um cidadão pode se sentir quase

“obrigado” a desistir de participar (CORTINA, 2005b). Esse “*gap*” entre a legitimação política da participação social e os ainda insuficientes mecanismos de preparo e inclusão da participação como um valor moral, que possam solidificar uma cultura da cidadania participativa, acaba reproduzindo os mecanismos “hegemônicos de democracia” do próprio sufrágio universal, que, para alguns estudiosos, não passa de um mecanismo de dominação daqueles que são ‘representados’ (STOLZ, FRANCKINI, KYRILLOS, 2011). O baixo incentivo à consolidação dos mecanismos de sociabilização política como uma forma de cultura cidadã, deixando por vezes os CMS solitários na sua participação, é outro problema ético encontrado nessa categoria.

O caminhar de uma “re-valorização” dos valores culturais da sociedade, com maior adesão pelo processo participativo apesar de bastante lento vem ganhando maior visibilidade. Como o incentivo, principalmente do Estado, em reconhecer e estimar os valores da participação social em outras instâncias não políticas, é ainda insuficiente, é o próprio espaço do CMS, concebido para o exercício da cidadania, que vem servindo de ‘incubadora’ para esses novos interesses e desejos da democracia participativa.

...nós começamos a perceber o quanto o conselho municipal estava distante das comunidades, e só havia um jeito - era trazer todo mundo pra cá. Hoje você pega aí os CLS são muito representativos também, e eles tem uma participação, eles se reúnem no conselho. [...] e assim, tá se fazendo um trabalho de ampliar a construção desses conselhos locais, de formar esses conselhos. Então eu acho que tem participação, não só pelos que estão com acento no CMS (T2).

...as capacitações devem continuar, ter que insistir nas divulgações perante as comunidades [...] mobilizar mais as comunidades para ter maior número de pessoas para gerar o interesse futuro de ser conselheiro (Ata02; G4).

...a partir do momento em que nós fortalecemos a câmara técnica, os conselheiros começaram a participar efetivamente da câmara técnica, nos passamos a ter um outro compromisso de todos com as questões técnicas e passamos a exigir muito mais do gestor. Né, você vê hoje o gestor pedindo

pro conselheiro participar de discussões técnicas [...] antes não havia né (U2).

...até como pessoa comum independente de ser conselheiro, você descobre uma porção de coisas né, aprende uma porção de coisa. E assim como, imagino, que assim como eu, outros conselheiros que também estão focados para uma determinada área descobrem coisas de outra, ah eu acho muito rico (G1).

...nada ensina mais do que estar na pratica do dia a dia, estar discutindo dia a dia e compreendendo o que que é o sistema no dia a dia. Porque daí não é uma coisa que a gente lê em livro ou que está escrito num artigo [...] são coisas muito práticas que nos ensinam o que é o sistema e como pode melhorar o sistema (U2).

São as diferentes pressões e exigências exercidas em espaços coletivos que podem servir como um antídoto para os poderes já estabelecidos e convenções enrijecidas. Esses “contrapoderes” tencionam positivamente a lógica interna de espaços coletivos, servindo de substrato para transformações internas e sua repercussão externas, sociais e políticas (CAMPOS, 2000). O aprender a participar dos espaços públicos alimentado pelo próprio processo do aprender participando leva a um aumento da civilidade. Essa retroalimentação positiva tem um potencial transformador a medida que difundido e estimulado em todos os espaços sociais possíveis.

A inclusão e abertura para o diálogo de diferentes atores sociais dentro do CMS pode promover três grandes efeitos benéficos à democracia (MUTZ, 2006 *apud* LUCHMANN, 2011): primeiro a expansão da consciência e tolerância argumentativa provinda da exposição a diferentes pontos de vista:

Eu aprendi muito com os outros segmentos, com as pessoas, com outros profissionais, porque cada um de nós tem uma formação também. E tentar construir um edifício juntando todo esse elenco, esse conjunto de dificuldades e particularidades, para construir o todo [...] foi um aprendizado bem grande pra mim, cresci um pouco mais a minha visão política e social... e poder também, como pessoa, contribuir nas discussões e tentar achar um bem comum pra todo mundo (T1).

Paciência, ser capaz de ceder pra fazer a unidade, saber identificar naquela proposta toda o que é mais importante. Mas eu acho que paciência e capacidade de diálogo, a coisa que eu mais aprendi. É lógico, outras coisas em relação à saúde que a gente nunca sabe tudo, e vai estar aprendendo sempre, mas paciência e ter capacidade de diálogo com certeza (U4)

Segundo - o espaço participativo proporciona o reconhecimento do território e da realidade atual e o aumento do conhecimento, no mínimo ampliando o acesso a novas informações:

Eu aprendi muito até sobre o próprio sistema, eu vejo os resultados que o município alcança, os movimentos que são feitos pra determinadas políticas serem cumpridas. As entidades mesmo, os próprios representante de classe que trazem algumas informações, que contribuem né (G1).

...a reunião, claro ela instiga, mas ela não me traz dados suficientes pra que eu conheça tudo isso. Eu me vejo assim, como alguém que chegou no CMS hoje e assiste uma reunião, vai ter que ir pra casa estudar, porque aquilo ali não dá conta, claro e nem é pra isso, a finalidade não é essa, mas eu aprendi muito, nossa, aprendi muito sobre SUS, aprendi muito como as relações políticas funcionam, como as representações tem diferentes características e como as pessoas se colocam (G3).

E, por fim, essa abertura para a atuação da sociedade amplia o respeito político, no que tange o reconhecimento de diferentes valores e experiências, e a própria liberdade de vivenciá-los e expressá-los:

Aprender a lidar com o setor público, você tem que aprender a lidar com eles, com a morosidade dos processos, lento... Aprender a lidar com isso e ver como agilizar também né, entender pra também não ficar só na espera. É um processo, pra mim mesmo como cidadã, porque eu não posso ficar só fechadinha aqui no setor e não abrir todo o resto da cidade, discussão de plano diretor e tudo mais... tem muita liderança comunitária que conhecem 100 vezes mais que vereadores (U3).

Tanto o executivo ficou mais maduro, como o próprio CMS [...] ele vai ficando mais consciente de sua força, até onde ele pode fazer, o que que ele pode fazer. Tem coisas que cabem ao município, outras ao estado, e o conselheiro vai aprendendo esses caminhos né (U5).

O estímulo à cultura da participação é de fundamental importância para a disseminação e o aprofundamento da democracia. O estímulo aos setores reconhecidos e mesmo os não institucionalizados pelo Estado tem o poder de pressionar os poderes políticos (interno e externamente) a se difundirem, ampliando a ação tradicional dos movimentos sociais e perpetuando o importante papel de “tornar a democracia, por assim dizer, mais democrática” (STOLZ, FRANCKINI, KYRILLOS, 2011, p.196).

### 6.3.3 Visão do Coletivo: saber-se e se sentir cidadão.

“às vezes as propostas são muito direcionadas [...] como se fosse “pra mim” e não é, a discussão tem que ser voltada para um todo” (T1).

A consolidação da cidadania por meio da participação social exige um saber e um se sentir cidadão de uma comunidade para que os indivíduos trabalhem por ela, se comprometendo em projetos comuns. Esse exercício de cidadania demanda os sentimentos de justiça e de pertencimento para que esse trabalho visualize um bem comum a todos - um ‘ser’ no coletivo (CORTINA, 2005b).

O participar por meio do Controle Social vai aproximar os valores e interesses individuais, que são, por vezes, importantes até para um sentido de sobrevivência, típicos da vida privada, com os valores da vida pública, do viver em coletivo que objetivam portanto o melhor para todos. A aproximação dos valores individuais com a busca de realizar os valores coletivos é um enfrentamento necessário ao CMS.

...acho que um distanciamento das concepções individuais, porque, querendo ou não, a gente não pode levar tanto as opiniões pessoas, as dúvidas pessoais, [...] porque o que eu percebo dos conselheiros é que as vezes eles vão lá e levam dúvidas deles... “ah como é que eu faço pra pessoa tal conseguir tal cirurgia?”, não! a minha preocupação tem que ser assim “porque que o acesso à cirurgia ortopédica, por exemplo, tá tão

difícil hoje no município? Vamos problematizar isso no CMS? Não querer resolver um problema do meu CLS e nem o meu problema da minha rede aqui, mas sim uma discussão ampla assim né (G3).

...ele ter princípios e valores que faça com que ele tenha a melhor decisão possível, que ele consiga pensar no bem maior que é a saúde pro usuário, e não por influencias políticas ou por questão financeira dele poder ganhar alguma coisa diante disso, ele poder ser beneficiado com aquela atitude (G2).

O Estado, por todas as formas possíveis no passado, queria tirar isso do município, queria passar para outra região [...]. A Secretaria do Estado é contra o nosso município (Ata02;G4).

Os valores morais são individuais e coletivos, podendo ser universalizáveis, como por exemplo, a liberdade, igualdade, solidariedade, respeito e diálogo - valores do agir cívico (CORTINA, 2005b). Quando os valores individuais conflitam ou sobrepõem esses valores cívicos, temos um problema ético dentro do CMS, um conflito de interesses. Onde as reuniões tornam-se palco de disputas particulares e desejos pessoais. Mesmo as aspirações das representações de base podem conflitar com esses valores universalizáveis, onde a defesa desmedida dos interesses das representações pode também caracterizar problemas, ou mesmo conflitos de interesses.

Exergo fortalezas dentro do CMS [...] pessoas que não puxam pra um lado só, não puxa pra uma área específica, pra um só olhar. Então é diferente de algumas pessoas que né, que só querem saber da sua área, mesmo sem querer não é nada intencional as vezes... (T2).

...às vezes o despreparo das próprias pessoas que “viajam”, aproveitam um determinado assunto e aí vão “falando, falando” até chegar aonde é a coisa da representação de classe, ali eu “sou representante de tal coisa” ai eles falam de uma coisa la na frente e ele vem trazendo aquilo de um jeito até chegar no ponto, até conseguir fazer um link, que na verdade não existe, naquilo que é o interesse dele, da representação dele, e aquela

situação que está sendo apresentada acaba ficando de lado, então isso eu vejo bastante. (G1).

...na verdade o conselheiro chega e não sabe de muita coisa, mas se ele tem ética, se ele quer que o SUS de certo, ele consegue, ele consegue aprender. Então tem que ter vontade de aprender, estar disponível pra aprender, [...] não adianta, vem um cara com um baita conhecimento, com papo, tu sabes que se tu apresentar aquilo pra ele, ele vai entender. Só que o cara não é um cara que é confiável, ele tá ali pra olhar só pro dele (G2).

Essa visão do coletivo, esse olhar sobre toda a miríade de valores, conseguindo extrair desses diferentes interesses aqueles que satisfaçam da melhor forma a sociedade é algo em que os conselheiros necessitam estar atentos. Essa questão dialoga, em alguma medida, com as diversas reflexões que vem sendo feitas sobre o utilitarismo como ferramenta Bioética (NASCIMENTO, GARRAFA, 2011) - a busca moral e política de se estar visualizando o bem coletivo no CMS em todos os processos deliberativos, não o coloca como regra protocolar (principalmente por estarmos tratando de possíveis deliberações morais), mas não há como não considera-lo em todos os processos decisórios – principalmente por se tratar do CMS, um espaço público.

A deliberação pode auxiliar a aproximar, em torno de um objetivo que seja comum a todos, todos os valores que estão ‘em jogo’, quanto mais aproximados esses valores mais facilmente se consolidarão as decisões deliberadas e com elas as reformas sociais que lhe cabem. Quanto mais o indivíduo acerca seus próprios interesses aos interesses coletivos, melhor ele se enxerga dentro da sua comunidade e maior se torna o seu senso de pertencimento, tornando mais empoderada sua participação.

...claro que às vezes as ideias conflitam com a tua ideologia, do que tu realmente acreditas do porquê estar ali, por um bem comum né, e as vezes as propostas são muito direcionadas, são muito incomuns né, é como se fosse “pra mim” e não é, a discussão tem que ser voltada para um todo. [...] então eu vejo que alguns projetos, algumas ações elas são um pouco direcionadas entende, eu acho que é a parte onde eu me sinto mais à vontade pra abrir o debate, pra discutir... (T1)



Mas foi assim por uma questão pessoal minha, de ver aquela UBS, porque eu me apavorei, tinha um ventilador que era de rir, ele nem girava... agora já tiraram tudo, a nova coordenadora tirou, chegava a ser cômico. E a questão de segurança né, já fui lá conversar com o secretário de saúde e ele me deu uma resposta mau criada, mas eu nem liguei, não tô pedindo pra mim. Enquanto eu não tiver pedindo pra mim eu sou dura na queda, sou chata, insistente, o secretário de educação que disse pra mim “mas você vem me pedir de novo!” Eu disse não é pra mim é pras crianças do meu bairro, isso parece que te dá mais força (U3).

De igual forma as decisões em saúde pública podem gerar conflitos éticos por “limitarem ou restringirem liberdades e decisões pessoais, em nome da supremacia do interesse público”, como algumas ações da vigilância epidemiológica e sanitária. Assim a visão do coletivo dentro do CMS deve estar sempre animada pelo bem da saúde da comunidade, e de forma complementar, sempre dialogando com os direitos e liberdades dos indivíduos (FORTES, ZOBOLI, 2003, p. 17) e, no caso dos CMS, também das representações.

Se o bem global pode ser construído a partir do bem local (CORTINA, 2005b, p.207), o bem individual também estará presente no bem coletivo. Essas ponderações entre individual/coletivo são próprias da ética e da moral de uma sociedade, e portanto também pertencem aos espaços de Controle Social. O desafio portanto passa mais uma vez em aproximar a Bioética desse campo de resolução de conflitos, trazendo essa percepção de que nem tudo pode ser resolvido pela ‘razão suprema’ e pela tecnocracia - existe um leque de fatores sociais e políticos, constantemente renovados pelos saberes produzidos por essa renovada democracia participativa, que podem enfrentar as diferentes injustiças e desigualdades do mundo atual (GARRAFA, 2005).

#### 6.3.4 **Saúde Pública: o olhar da colonialidade.**

“Aqui tem o deboche da própria sociedade civil – ‘ah isso aí é serviço público, é assim mesmo’, [...] se é serviço público eu quero serviço de qualidade!” (U3).

Sob a égide da Constituição ‘Cidadã’ constrói-se no Brasil pós-ditatorial uma cidadania amplamente baseada em direitos, que foi, de ‘grito em grito’ ampliando sua fatia de direitos e conformando os deveres cidadãos. Apesar desse avanço sobre o reconhecimento das opressões e discriminações socioculturais, muito se perdeu por não se dar o devido valor às reflexões acerca das desigualdades sociais e às raízes históricas do processo de colonização, responsáveis por articularem diversas formas de dominação (SCHERER-WARREN, 2011).

As diferentes formas de dominação, muitas das quais, como já vimos, reproduzidas pelos órgãos públicos, têm sido estudadas como resultados da colonialidade. Edificada sobre os processos históricos de colonização e produção de desigualdades, a colonialidade carrega a marca da dominação que impregna, além de conceber, estruturas culturais, políticas e ideológicas, todas elas embutidas da visão ‘eurocentrada’ de interpretação do mundo (NASCIMENTO, GARRAFA, 2011).

Esse olhar eurocêntrico colocou o mundo desenvolvido, moderno, como um ideal a ser alcançado onde, sob este pilar, tudo que não é moderno é visto como não-civilizado, retrógrado, que precisa ser educado, melhorado, desenvolvido. “Há uma quase natural afirmação da inferioridade de quem não é marcado pela modernidade” (NASCIMENTO, GARRAFA, 2011, p.290). Esse pensamento colonialista impôs (e ainda impõe) padrões morais, econômicos e políticos marcados pelo acúmulo de poder, capital e saber científico, colocando os produzidos como desiguais como bárbaros a serem ‘generosamente’ salvos pela modernidade. Esses padrões ideológicos respingam em todas as formas de socialização, incluindo o olhar sobre a saúde pública – que sobre esse arrimo é reproduzida como subalterna, antiquada e que, por ‘desprestigiosamente’ ser de todos, acaba não sendo de ninguém em especial – sem um valor de desejo intrínseco também não lhe é atribuído muito valor externo.

Porque que serviço público da Dinamarca funciona e aqui não funciona? Aqui tem o deboche da própria sociedade civil “ah isso aí é serviço público, é assim mesmo”, entendeu? É isso que eu tô dizendo, se é serviço público eu quero serviço de qualidade! Enquanto a sociedade não incorporar isso, vai ser a mesma coisa sempre (U3).

[...] botar na cabeça que o SUS é meu também, é dos outros, mas é meu também, vamos lutar por isso daí. [...] eu acho que a lei tem que ser obedecida, se a legislação do SUS for obedecida eu

acho que não precisa prometer nada. No papel o SUS é a coisa mais linda que existe (U5).

Apesar do arcabouço legal do SUS ser, sob muitos aspectos, um ideal a ser seguido por muitos países, a população brasileira ainda associa o sistema público como um signo negativo. Parece existir uma colonialidade das palavras que se aplica ao signo do ‘público’ – que é subalterno e antiquado e de baixa qualidade - e que por ser ideologicamente reproduzido pelas grandes mídias (estas sempre sob o interesse do capital) impregnou o imaginário da população. Sem negar os diversos problemas existentes (muito dos quais advindos desse próprio descaso com o que é público) entende-se que essa colonização de ideias impute signos negativas até em quem não utiliza a assistência direta da equipe de saúde da família. Esse imaginário sendo reproduzido dentro do próprio CMS é um dos problemas éticos encontrados – defender e valorizar um sistema público que prima pela visão ampliada da saúde em meio ao imaginário popular sob o signo da colonialidade privatista e tecnocrática.

A colonialidade sobre o que é “público” leva a um olhar do que ‘é de graça – é ruim’. Uma forma encontrada pelos conselheiros de combater esse olhar desvalorizador foi mostrar que a saúde pública é paga por todos - ela tem o seu custo nos impostos por isso ela deve ser valorizada. Este pensamento não busca ‘revalorizar’ a égide do direto, mas se concentra em proteger o que tem valor monetário, por isso deve ser bom.

“Hoje não uso o SUS, tenho um bom convenio, da empresa do meu marido. Pago por ele então eu uso” (U3).

...sabe, não dá, eu não consigo admitir que “ah porque é de graça”, não é de graça, tem que começar a botar na cabecinha dessa gente, cheia de caraminhola, que é pago, sai do bolso de todo mundo (U6).

A população não está acostumada num sistema Brasil de assistencialismo, nós somos um país assistencialista né, aonde a gente contribui, a gente paga e acha que vem de graça (T1).

A colonialidade também traz a marca da “generosidade” dos que estão em condições favoráveis de desenvolvimento e que por isso auxiliam os desiguais, os marginalizados, não porque estes têm direito à

uma vida digna, mas sob o olhar da assistência generosa e gratuita do que é público – não para todos, mas para aqueles que não podem pagar por qualquer outra coisa ‘melhor’. Neste sentido a Bioética tem um papel fundamental nessas questões persistentes advindas da desigualdade, principalmente em defender os vulnerados, politizando sobretudo esses problemas morais (GARRAFA, 2011).

Há outro resquício de colonialidade sobre a cultura da saúde pública no Brasil – a dificuldade de descolar a visão tecnocrática como condição ímpar na busca de um SUS de qualidade. A tecnologia pode ser positiva e tem sido requerida sob vários aspectos dentro do sistema público, o problema se concentra em colocá-la como condição única na busca pela saúde, fazendo persistir um olhar biomédico, principalmente como medida de valoração do SUS.

[...] eu vejo muito isso... o orçamento foi atendimento, os indicadores...quantos ultrassons quantos raios-x, é tudo com relação a consultas... (T2)

[...] às vezes eu penso que quando se discute saúde eles estão discutindo só o atendimento nos centros de saúde. Pra mim saúde é muito mais que isso. Não vi o CMS ter uma relação com a questão da saúde preventiva [...] Como que é a qualidade de água e saneamento? Como que é qualidade da habitação dessas pessoas que são atendidas aqui? [...] E depois isso é discutido coletivamente? Quem é que faz isso? O administrador daqui do CMS, quando medico traz relatos de condições precárias numa família, isso depois é debatido no coletivo do executivo pra tentar resolver o problema conjuntamente? Eu não vi isso, senão, não vai dar certo, discutir só o atendimento a saúde, a distribuição de medicamentos, que é importante, com certeza que é, mas eu acho que saúde é mais que isso [...] eu não consigo ver esse debate isoladamente (U3).

A dificuldade de se consolidar nas vias práticas, o que já foi articulado na lei, se concentra na própria barreira de mudar o imaginário colonizado da população sobre a saúde, sobre o que é um serviço de saúde que pode para além de tratar doenças, produzir saúde.

Alguns países vêm buscando consolidar a qualidade de vida da sua população sobre patamares menos condicionados pelo olhar tecnocrático,

a exemplo do Butão que adotou o FIB (felicidade interna bruta) para medir seu ‘desenvolvimento’ interno, e da Bolívia que determina constitucionalmente a busca pelo bem-estar social, passando a entender que o importante para o país não são as coisas produzidas, as riquezas materiais, mas o que essas coisas produzidas proporcionam concretamente para a vida das pessoas (GARRAFA, 2011, p. 292). Neste sentido cabe também retomar o conceito de mínimos de justiça de Rawls trazido por Cortina (2005b), como da necessidade de encontrar em uma sociedade o que a mesma considera justo. Uma vez que se tenha esses mínimos providos, cada um por si poderá buscar o que considera felicidade, ou mesmo qualidade de vida.

Esse papel da saúde para além do “número de consultas” pode ser criticamente pensado como um reflexo da saúde enquanto poder político, como forma de angariar votos e manter hierarquias. Uma população convencida pelas ideias da colonialidade é desejável para uma política que busca concentração de poder ao invés de transformação social.

Eu acredito muito no SUS, uma vez uma conselheira, numa briga dessas por questões de política, largou assim: ‘eu não tenho partido, meu partido é o SUS, minha bandeira é o SUS, isso é o que eu uso, porque eu sou 100% favorável a uma política de saúde e não uma saúde política’, e eu concordo porque é isso que ocorre nesse Brasil (U5).

...em alguns momentos a política quer aproveitar o momento social, a dificuldade, a necessidade, pra perpassar uma situação de apoio a sociedade, usando da política e ao mesmo tempo colocando essa política como contrária a que estava sendo válida, no caso a política do comando, é a disputa entre os partidos né, vamos dizer assim [...] a ponto de sair moção de repúdio, então coisas assim desse tipo são as que mais me chamam atenção (G1).

A necessidade de um olhar crítico, que se paute no entendimento da Bioética como questão essencial para a transformação paradigmática do que é um sistema público de saúde, e que reflita sobre os biopoderes, é um problema ético do CMS – construir uma ‘política de saúde e não uma saúde política’. Ou seja, uma política que pense a saúde como um bem comum a toda sociedade, e que, portanto, visualize a dimensão política inerente à saúde, colocando-a como questão de todos, e não um subterfúgio para ‘politicagem’ - uma forma de discurso político que não

ultrapassa a linha da promessa, servindo como palanque de candidaturas e que não evolui para ações concretas de transformação social.

É fácil perceber que quando os ditames hegemônicos estão ancorados na lógica da colonialidade é necessário utilizar-se de uma reflexão ética que busque entender de que maneira o imaginário sobre os conceitos de vida e saúde estão em jogo como condição *sine qua non* na busca por outros conhecimentos e por políticas moralizadas (GARRAFA, 2011).

### 6.3.5 **Eficiência: o CMS como possibilidade de transformação social**

“[...] a gente usa muito a questão de pedir com ressalva a aprovação, só que essas ressalvas nunca vem o retorno, só tem uma via, não tem via de mão dupla” (T1).

De acordo com a pesquisa do IBGE sobre o perfil dos municípios brasileiros (BRASIL, 2012) os conselhos municipais de saúde estão presentes em 97,3% dos municípios do país, uma abrangência bastante à frente da maioria dos conselhos municipais de políticas públicas. Muito dessa presença se refere à obrigatoriedade constitucional da presença desses conselhos nos municípios, e sua vinculação ao repasse dos recursos da saúde da União para os municípios (BRASIL, 1990). Acontece que a garantia legal desses espaços de participação não os consolida como instâncias efetivas de Controle Social (BRAVO, CORREIA, 2012).

Tudo se resume a isso: o que vier é aprovado no final. [...] Porque se não for aprovado não vem o repasse das verbas, e daí a gente fica amarrado [...]. Então fica sempre na mão daquele que executa os projetos e ele decide. E aí a gente fica meio que a mercê da sorte né, a única coisa é ter a convicção de que todos que estão ali estão pelo bem comum... então se todos estão ali por um bem comum, e vão decidir algo para todos, pra mim e pra todos, talvez seja confortante saber que foi aprovado e fim de papo, está sendo feito e foi aprovado (T1).

A falta de governabilidade do Controle Social em não aprovar ou mesmo contestar as demandas impostas a plenária é, por vezes, atribuída a essa ‘amarração’ legal do repasse federal de verbas, esse

condicionamento pode, em alguma medida instrumentalizar o Controle Social. A dificuldade de deliberar sobre demandas atreladas a repasses financeiros ou mesmo demandas para além das obrigações legais é um problema ético que diminui por vezes a efetividade do CMS.

De acordo com Bravo e Correia (2012) evitar que as reuniões dos Conselhos de Saúde tornem-se meros mecanismos instrumentais de consentimento público às execuções do Estado é um dos maiores desafios desse espaço de participação social.

As dificuldades de consolidar ações concretas ‘desde dentro’ do Controle Social vêm se dando por diversos artifícios, muitos deles já citados anteriormente neste trabalho, como a dificuldade de fazer com que os conselheiros se empoderem e tomem decisões mesmo que necessitem ser contrárias à gestão; a questão da falta de tempo para deliberação nas plenárias; a dificuldade de entendimento do que está sendo posto, principalmente de questões muito técnicas consolidam a instrumentalidade real do CMS.

[...] a gente usa muito a questão de pedir com ressalva a aprovação, só que dessas ressalvas nunca vem o retorno, só tem uma via, não tem via de mão dupla, é uma via só. Mesmo que seja aprovado com ressalva não tem um retorno das considerações feitas nas ressalvas (T1).

A questão de aprovar as demandas (porque tem que aprovar) com ressalvas, apesar de ser uma prática constante no CMS, a movimentação no sentido de retomar as questões que necessitam ser fiscalizadas (e que é própria da função do conselho), ainda é insuficiente entre os conselheiros:

...normalmente acontece isso, quando é demanda em cima da hora, põe as ressalvas, mas aprova, a ressalva nunca mais é vista. Isso é um outro ponto importante. Se a gente for ler as Atas da reunião de início do ano pra agora com certeza muita coisa a gente não retomou, e que a gente se comprometeu lá atrás, ou deixou uma ressalva... Pontualmente um conselheiro ou outro acaba lembrando (G3).

...a gente vê muita discussão de que “ah passa pelo CMS, é aprovado mas depois não retorna”, isso é uma verdade, não se tem uma apresentação periódica de cada projeto apresentado e aprovado (T1).

Isso acontece, como existe um prazo, o orçamento pode ser aprovado com ressalvas, na resolução que aprova o orçamento a gente coloca essa ressalva. Agora cabe a plenária cobrar se as ressalvas foram atendidas (U5).

Esses fatores impedem concretizações reais do Controle Social e colocam os conselheiros num papel de consentimento ativo para o Estado. Essa condição torna o CMS pouco efetivo no seu papel de formulação e proposição (ações quase inexistentes de acordo com o que já foi apresentado) e no controle, que por vezes parece mais um controle do Estado do que sobre o Estado. Apesar da constatação da grande maioria dos conselheiros quanto a pouca eficiência do CMS, pouco se pôde perceber quanto à articulação de ações concretas para a mudança dessa condição – tanto a mudança legal como moral – e que partissem dos conselheiros, já que representantes do próprio controle social. Essa quase convivência de alguns conselheiros aos mecanismos de instrumentalização do CMS é mais um problema ético deste CMS.

De igual forma, a falta de governabilidade do CMS em provocar transformações sociais reais causadas pelos próprios entraves políticos - burocráticos e legais - também auxiliam no papel pouco efetivo desse espaço:

...a população pode ter certeza que o conselho fiscaliza e representa [...]. Não vai resolver problema do médico que falta não sei aonde, isso não, mas na somatória toda sim (U2).

...na parte política a gente observa que um sempre responsabiliza o outro, um poder responsabiliza o outro, então ‘não tem isso porque o Estado não participa’, ou ‘não tem aquilo, porque o MS não repassou’ (T1).

As necessidades e direitos sociais impõem às instituições públicas padrões de acesso, prestação, e avaliação que, muitas vezes, contradizem a capacidade de implementação dessas ações pelo Estado (FLEURY, 2011). Essa relação entre o poder de transformação social exigido do CMS e a impossibilidade de uma maior governabilidade de suas ações consolidam o último problema ético encontrado.

A baixa capacidade do CMS em efetuar ações concretas de transformação social cria um quadro pouco atrativo para a participação cidadã, onde o CMS não é capaz de consolidar um maior sentimento de pertença na população – ou seja, a população não se vê atendida pelo



Estado e nem pelos seus mecanismos de participação, logo não sente que o Estado lhe protege como cidadão e, portanto, não se reconhece pertencente aos assuntos deste. De acordo com Cortina (2005b) esse pertencimento é que seria capaz de gerar a consciência de responsabilização e lealdade para com a comunidade, sem ela dificilmente os cidadãos se sentirão motivados a interferir no curso da sua vida em coletivo.

### **6.3.6 O bem comum na cultura da cidadania.**

O Vazio da Consciência de Cidadania permitiu visualizar os problemas éticos (Quadro 17) alimentados pela distância entre a teoria de legalizar a participação democrática e a prática de torna-la um valor social.

Quadro 17 – Problemas Éticos encontrados na Supercategoria do Vazio de Consciência de Cidadania e distribuídos nas suas respectivas Categorias

Vazio de Consciência de Cidadania	Representação	Desinteresse das representações de base sobre as deliberações do CMS.
		Inibição da subjetividade dos conselheiros (a não valorização do sujeito).
		Segmento dos usuários sendo formado por conselheiros que não utilizam o SUS.
	Participação	Incoerência de ser conselheiro e não participar dos processos decisórios - omissão.
		Baixo incentivo à participação da sociedade no CMS.
	Visão do Coletivo	Conflito de interesses entre os valores pessoais e os valores cívicos.
	Saúde Pública	Valorizar uma visão ampliada da saúde em meio ao imaginário popular da colonialidade privatista e tecnocrática.
		Construir uma política de saúde e não uma saúde política.
	Eficiência do CMS	Condicionamento de demandas a obrigatoriedades legais.
Conivência dos conselheiros frente aos mecanismos de instrumentalização		
Baixa governabilidade do Controle Social (pela própria impossibilidade do Estado em prover todos os direitos sociais).		

Fonte: autoral, 2015.

As dificuldades referentes à adesão social em participar ativamente no CMS e se enxergar enquanto membro de uma comunidade - portanto pertencente a ela - acaba dificultando a consolidação das decisões tomadas nas plenárias. De fato efetivar um espaço de participação pública em que a consciência da importância da cidadania, principalmente no que

se refere aos deveres, não esteja inserida nos símbolos, valores e comportamentos sociais parece prejudicar o desempenho do CMS.

De acordo com Cortina (2005b) educar a população em valores próprios do ser cidadão é possível como também necessário, pois a humanidade aprende o agir cidadão como aprende tudo na vida (com a educação formal e não formal) contudo, ainda de acordo com a autora, o potencial dessa aprendizagem não se dá por força da lei, mas por gosto.

Nesse sentido o vazio da consciência de cidadania pode ser preenchido com uma educação para a cidadania, formal e informal, para o participar cidadão, onde o próprio valor da saúde enquanto um bem comum a todos teria o poder pedagógico de estimular essa participação, aumentando assim a própria civilidade.

Uma sociedade imbuída de valores comuns à cidadania torna-se apta a influenciar e organizar o Estado a seu modo, inculcando de valores suas ações e tornando moral a política que lhe cabe.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa confirmaram a hipótese inicial de que os problemas éticos existentes no CMS podem interferir no Controle Social do SUS, dificultando a consolidação e efetivação desses espaços de participação democrática. Apesar da atuação de alguns conselheiros em busca da melhoria desse espaço de participação social, estas ainda perpetuam com pouco poder transformador, pois se encontram isoladas, com pouco apoio das representações de base, dos órgãos governamentais e da própria sociedade.

A análise dos resultados evidenciou que o estabelecimento de canais de aproximação entre governo e população necessita de diferentes suportes e mecanismos que evitem a conivência, as manipulações e as distorções políticas, levando a um controle do Estado sobre a sociedade. Cabe recapitular os principais pontos que necessitam ser dialogados dentro deste CMS como forma de transpor a barreira dos problemas éticos aqui expostos, na busca de maior eficiência do Controle Social:

- A busca da estabilidade emancipatória da informação, do conhecimento e da educação, como forma de enfrentar a realidade da desigualdade social transferida para dentro do CMS; a imposição do saber técnico e a própria barreira do poder daqueles que detém maior conhecimento. A valorização do saber local pelos conselheiros como forma de promover um enfrentamento à cultura da tecnocracia e dominação, mostra-se como pré-requisito para a transformações sócio-políticas, e pressuposto do Controle Social como forma de inclusão, permitindo aos sujeitos das desigualdades pressionar os mecanismos que o dominam - ninguém melhor do que o próprio sujeito das ações para entender a sua realidade.
- A importância de subjetivar o espaço do Controle Social pelas vivências e experiências dos seus sujeitos, fundamentando-se numa razão substantiva que perceba e evidencie os valores envolvidos em todos os processos decisórios, onde a justificativa das ações se dê por meio de interesses humanizadores e socialmente comprometidos, sendo, portanto, capaz de valorizar os meios frente aos fins.
- A democratização do poder e a desmonopolização dos saberes que consolidam as estruturas hierárquicas do

Estado mostraram-se como condições imperativas para aumentar a eficiência das ações do CMS e com elas, o aumento do sentimento de pertencimento da comunidade ao espaço participativo. A necessidade de dismantelar mecanismos de dominação, possibilitando assim trabalhos verdadeiramente coletivos e construtivos, como os sugeridos pela Cogestão, pode ajudar a estabelecer uma responsabilização cidadã, onde os conselheiros empoderados pela atuação coletiva consigam protagonizar num nível político, pressionando e moralizando leis. Neste aspecto, cabe ressaltar a importância de considerar também o olhar daqueles “que concentram o poder”, pois o papel ético não está em julgar mas sim em entender profundamente como se dão as relações humanas na busca de perceber e valorizar seus componentes humanizadores. A dificuldade encontrada neste trabalho para entrevistar o próprio secretário de saúde, como forma de trazer seu olhar para a discussão, pode revelar a própria sobrecarga daqueles que concentram os poderes políticos. Fato que auxilia a sustentar a necessidade da democratização do poder como forma de melhorar a eficiência e a própria humanização da política.

- A efetivação de um espaço de participação pública em que a consciência da importância da cidadania, principalmente no que se refere aos seus deveres, esteja inserida na cultura dessa sociedade, perpassando seus símbolos, valores e comportamentos sociais. Realizar os valores da cidadania em sociedade é possível por meio da educação ética, formal e não formal, que possa incluir a própria comunidade no reconhecimento da importância desses valores, fato que auxilia na ‘valorização’ dos mesmos, sem a necessidade do artifício legal.
- O estabelecimento de mecanismos de aprendizagem pedagógica onde todos sejam capazes de conscientizar e serem conscientizados para uma cultura cidadã, esta sim com potencial de enfrentamento das estruturas de manutenção das desigualdades, capaz de transformar realidades.

Apesar de a análise dos resultados ter sido realizada sob os três grandes vazios – de educação permanente, de responsabilidade legal e de consciência de cidadania há de frisar a inexistência de limites entre eles, onde a influência de um desafio sobre o outro torna-se evidente – há componentes de poder político que perpassam as dificuldades pedagógicas e culturais, assim como de ambas no desafio político e delas entre si. Neste sentido, os diferentes caminhos identificados sob estes três olhares podem ser transpostos com ações que considerem os três desafios. Uma sugestão seria a utilização de metodologias deliberativas e de construção coletiva, capazes de educar para a dialógica necessária aos espaços de decisão compartilhada transpondo a barreira da imposição de opiniões e do dogmatismo. Essas metodologias devem estar embasadas na escuta ativa que permite conhecer todos os fatos envolvidos no diálogo, além do reconhecimento da autenticidade dos diversos saberes – necessários aos espaços públicos com seus valores sociais/individuais diversos e diferentes deveres políticos, econômicos e culturais – tornando legítimo o Controle Social, e permitindo o estabelecimento de uma verdadeira deliberação dentro do CMS.

Como sugestão prática a ser utilizada pelo CMS a autora propõe a própria Metodologia de Deliberação Moral de Gracia (2014) como forma de enfrentar diretamente os problemas éticos presentes (Apêndice C). A deliberação moral, composta por passos sequenciais e complexamente gradativos, permite cercar os problemas éticos sobre todos os seus aspectos, sendo possível a visualização ampla dos mesmos. A grande vantagem dos seus passos é a sua abertura pedagógica para a discussão ética - ao não restringir a delimitação do que é de fato um problema ético permite o encorajamento e a desinibição dos envolvidos no diálogo, aproximando-os do tema “ética”, que ainda lhes é confuso. A dificuldade de se deliberar moralmente envolve por vezes o próprio distanciamento que o desenvolvimento ético humanístico tem da formação educacional, tornando o tema ‘ética’ uma incógnita e portanto velando suas possibilidades de percepção e enfrentamento. Esse obstáculo pode ser transposto pela aprendizagem que a metodologia da deliberação moral proporciona àqueles que deliberam – quanto mais os conselheiros deliberarem moralmente, mais se aprofundarão e aprenderão a arte da reflexão ética.

Apesar da sugestão de utilizar a metodologia de Gracia (2014), sobretudo, à fundamentação desse método pedagógico. Adotar essa fundamentação – de respeito ao outro; da escuta ativa; do aprender a ouvir as diferentes verdades do grupo; de entender que é positivo mudar de opinião à medida que se argumenta em coletivo; sobretudo quando se

consegue adotar uma dose de humanidade necessária à deliberação moral. Esse embasamento da Deliberação Moral, mais do que auxiliar na resolução dos conflitos tem o potencial de promover mudanças de vida e de relacionamento com a sociedade – à medida que se torna fundamentação das ações diária.

Neste mesmo sentido, propõe-se uma segunda metodologia deliberativa que, com a mesma essência teórica da Deliberação Moral, auxilia no diálogo de qualquer temática, facilitando a tomada de decisão coletiva – a Metodologia para a Construção Coletiva de Conceitos, proposta por Silva (1998). Com o objetivo de evitar conflitos de ideologias que podem ocasionar um desgaste na relação social do grupo, se embasa no construtivismo, possuindo como princípio epistêmico fundamental: a valorização do outro como legítimo na convivência. Valorização que deve auxiliar no desvelamento dos próprios conflitos que se revelam, inclusive nos valores assumidos. Essa metodologia de diálogo não busca apenas uma participação qualificada, mas também um legítimo reconhecimento da importância do outro na construção coletiva, levando-se em conta as emoções e subjetividade das pessoas. Neste sentido, ela facilita a construção de conceitos, ideias e propostas de forma cooperativa, de modo que todo o grupo sinta-se parte do processo. Esse método ao focar no caminho pedagógico, mais do que no resultado da decisão a ser tomada, permite o empoderamento dos conselheiros enquanto identidade de grupo, que dialoga e decide de forma cooperativa e solidária. Assim, essa metodologia caberia ao dia-a-dia do CMS levando à valorização dos seus fundamentos como forma de aprimoramento contínuo dos indivíduos que convivem em sociedade. Os passos metodológicos propostos por Silva (1998) podem ser visualizados no Anexo 3<sup>3</sup>.

Esse aprendizado que se realiza à medida que se permite atuar a partir da realidade dos próprios conselheiros, proposto pelas duas metodologias citadas, pode ser uma alternativa a barreira estabelecida pela falta de “capacitações” para os conselheiros, tão citadas na literatura e no próprio CMS, mas que parece não vir obtendo grandes resultados. Numa via de mão dupla o diálogo empoderado pela participação cidadã, que aprende eticamente com seu próprio operar, é capaz de estabelecer as deliberações necessárias para a transformação de problemas que persistem imoralmente na sociedade. O reconhecimento desses problemas, aliado à percepção dos diferentes interesses e valores que sempre se estabelecem em relações sócio-político-culturais, sem tentar camuflá-los ou escondê-los, é condição necessária para enfrentá-los.



Ao aceitarmos que a produção de saúde e doença dá-se por diversos níveis de determinantes em saúde, entendemos que se cria e recria estados de saúde ao longo da história em sociedade e que, portanto, a cultura é determinada por esses estados qualitativos de vida. Se os determinantes sociais em saúde se dão no meio da sociedade, nada melhor que a própria sociedade para ajudar a identifica-los, e acima de tudo, transformá-los. Neste sentido empoderar a comunidade com a importância do exercício da cidadania ajudaria no enfrentamento desses determinantes.

Como forma de reforçar a responsabilidade da produção científica acadêmica na transformação da sociedade e melhoria da qualidade de vida da população, a autora se propôs, a convite dos próprios conselheiros entrevistados, a apresentar os resultados da sua dissertação em reunião na CT do CMS participante da pesquisa. Neste momento o enfoque será nas possíveis alternativas que poderiam ser deixadas para os conselheiros a partir do que se construiu com o embasamento teórico desse trabalho. O objetivo principal é levar os resultados e trabalhar com os conselheiros as possíveis soluções práticas aos problemas encontrados.

Além desse investimento pedagógico diretamente no CMS, um processo de educação inverso, embasado em valores sociais e humanistas, que não se inicie pela ponta final da participação social, mas que busque desde a educação infantil a reconciliação entre educação e política se mostra como fundamental para firmar os valores do exercício democrático no seio da sociedade. A formação cidadã se estabelece como nevrálgica para a consolidação da democracia participativa, pois nela se harmonizam as informações e os conhecimentos necessários para o agir coletivo “desde” e “para” a cidade. Cidadãos que conhecem seu potencial transformador são capazes de se posicionar como autônomos, porem humildemente dependentes de todo o coletivo comunitário, podendo verdadeiramente, pois em pé de igualdade de poder, pressionar os mecanismos do Estado.

Sobre este componente educacional observa-se, oportunamente, a importância de não descolar a cultura da cidadania da importância da reflexão ética, que por meio da visão crítica pode estabelecer percepções desnudadas sobre os mecanismos econômicos e políticos que vem mantendo as desigualdades sociais ao longo de décadas – entender o que é ética para estimular a ação ética. Se não se estabelece de imediato esse componente educacional formal, uma sugestão ao CMS, dada pelos próprios conselheiros, seria a fundação de uma Comissão de Bioética como uma solução mediata necessária à introdução de maior visão crítica. Um dos problemas desse recurso é sua restrição a poucos membros

perdendo o componente pedagógico da deliberação moral como ferramenta de todo o CMS. De qualquer forma um pequeno grupo que se dispõe a dialogar sobre a luz da Bioética expõe seus conhecimentos e habilidades para serem refletidos e aprimorados, desenvolvendo assim atitudes e caracteres individuais e de grupo. Esse desenvolver ético de um restrito número de indivíduos tem a possibilidade de ser apenas inicial, podendo se expandir para dentro das reuniões da plenária, à medida que os conselheiros se educam.

Perante todos esses aspectos percebe-se que não pode haver aproximação entre Estado e sociedade e reconciliação entre política e cultura se antes não se desenvolver esse componente educacional – desde dentro e desde fora do CMS. Neste caminho da valorização cidadã, entender o potencial pedagógico do conceito de saúde enquanto um bem comum de toda a sociedade pode estimular uma cultura de cidadania valorizadora do SUS, auxiliando no estabelecimento de mecanismos de coparticipação, cogestão e deliberação. As reflexões geradas pela comunidade que se dispõe a trabalhar politicamente pelo bem de todos devem ter o potencial moral de serem tão sólidas quanto a legislação e capazes, quando necessário, de a renovar. O deliberado pelo Controle Social, na busca de um autêntico bem comum deve ser internalizado como verdadeiro nas relações entre Estado e sociedade.

Estimular uma cultura da cidadania torna-se imperioso para qualificar os espaços de participação social, de igual maneira considerar as reflexões bioéticas como forma de aumentar a criticidade no cotidiano das pessoas, em especial no que concerne a sua saúde, estabelece-se como um instrumento social e político para a democracia. Refletir sobre os valores justificadores das nossas ações e do nosso agir no mundo e com eles produzir a cultura que vigora e dita as ações da sociedade e do Estado é a moral do ser cidadão, que pode redefinir os limites e as conexões das diversas atividades humanas, dentre elas a educação, a política e a econômica.

Se pudermos aprender a sermos cidadãos e nos educarmos em valores próprios desse cooperar participativo, de igual forma poderemos criar uma cultura política que sustente os espaços de aproximação com o Estado, configurando o Controle Social para mais do que uma possibilidade legal, uma forma de ser em sociedade.

## 8 REFERÊNCIAS

AGUSTINI, J.; NOGUEIRA, V. M. R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serv. Soc. Soc.**, n.102, 2010. p.222-243.

ARISTÓTELES. **Ética à Nicômaco**. São Paulo: Abril Cultural; 1979. v. 2. (Coleção Os Pensadores).

ARROYO, M. Políticas educacionais e desigualdades: à procura de novos significados **Educ. Soc.**, Campinas, v.31, n.113, 2010. p. 1381-1416.

BAPTISTA, L. P. **Controle Social e Cidadania**. UNB, 2008. Disponível em: <<http://socialiris.org/imagem/boletim/arq4912fec31c58d.pdf>> Acesso em: 29 jul. 2013.

BATAGELLO, R.; BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.3, 2011. p. 625-634.

BALSEMÃO, A. Competências e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: ARANHA, M. I.; TOJAL, S. B. B. (Orgs.). **Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**. 2002. 13p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface –Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, 2005. p.389-406.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, jan./mar. 2012. p. 126-150.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde** / Ministério da

Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 20p. (Série CNS Cadernos Técnicos;) – (Série J. Cadernos; n. 6)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS.** - Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 60 p. - (Série Histórica do CNS; n. 1) - (Série I. História da Saúde no Brasil).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333.** 2003. Estabelece as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do sus. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília: Ministério da saúde, 2009a. 56p. - (série B. textos Básicos de saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - **ParticipaSUS** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde:** todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros, 2011.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012b.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde colet**, v. 15, n. 3, 2010. p. 3569-3578.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A construção do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método em roda. São Paulo: hucitec, 2000. 236p.

CARNEIRO, L. A. *et al.* O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. **Rev. bras. educ. med.** v.34, n.3, 2010. pp. 412-421.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2004. p. 41- 65.

CHAUÍ, M. Cultura política e política cultural. **Estud. av.**, v.9, n. 23, 1995. p.71-84.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 278p.

\_\_\_\_\_. Controle Social. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CORTINA, A. **O fazer ético**: guia para a educação moral. São Paulo: Moderna, 2003. 71 p.

CORTINA, A.; NAVARRO, E. M. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005a.

CORTINA A. **Cidadãos do mundo**: para uma teoria de cidadania. São Paulo: Loyola; 2005b.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis** : Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2009. p.419-438.

FERNANDES-NETO, J. A. S. **Modelo Urubici de governança da água e do território:** uma tecnologia social a serviço do desenvolvimento sustentável local. 2010. p. 235. tese (Doutorado em Engenharia Ambiental) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, ago. 2010.

FIGUEIREDO M.D.; CAMPOS G.W.S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, n. 1, 2014. p. 931-43.

FINKLER, M. **Formação ética na graduação em odontologia:** realidades e desafios. 2009. 259 p. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, mar. 2009.

FLEURY, S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. **Ciênc. saúde colet** , v.16. n.1, 2011. p.18-30.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. P. (Orgs.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 11-24.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p.184.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2001. 143p.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 2011. p.111.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

GARRAFA, V. **Dimensão da ética em saúde pública**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1995.

\_\_\_\_\_. Radiografia bioética de um país - Brasil. **Acta Bioethica**, v.6, n.1, ano VI, 2000. p. 171-175.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.) **Bioética, poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 35-44.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. P. (Org.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 11-24.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. **Bases conceituais da bioética**. São Paulo: Gaia/Unesco, 2006.

GARRAFA, V. Proteção e acesso à saúde como um bem social. In: HELLMANN, F. *et al.* (Org.). **Bioética e Saúde Coletiva: Perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: DIOESC, 2012. p. 36-51.

GRACIA, D. La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica. In: ALBAREZUDE, J. S.; LOPES, M. R. (Org.). **Jornada de debate sobre comités asistenciais de ética**. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000.

\_\_\_\_\_. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med. Clin.**, v.117, n.1, jun. 2001a. p.18-23.

\_\_\_\_\_. **La deliberacion moral**. Boletín de la academia chilena de medicina, n.38, 2001b. 29-45.

\_\_\_\_\_. **La cuestión del valor**. Discurso de recepción, sesión del día 11 de enero de 2011. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Politicas. 2011.

\_\_\_\_\_, D. La deliberación como método de la bioética. In: Porto, D. *et al.* (Org.). **Bioética: saúde, pesquisa e educação**. Brasília: CFM/SBB, 2014.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; DA SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 74, n.5, mai. 2010. p. 831-840.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, mai. 2010. p. 1245-1265.

HAMILTON, E. **O eco grego**. São Paulo: Landy, 2001. p. 197.

HELLMANN, F; VERDI, M. Bioética social: reflexões sobre referenciais para a saúde coletiva. In: Hellmann, F. *et al.* (Orgs.). **Bioética e Saúde Coletiva: Perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: DIOESC, 2012, p. 52-64.

HOFFE, O. Valores em instituições democráticas de ensino. **Educ. Soc., Campinas**, v. 25, n. 87, 2004. p. 463-479.

JAEGER, W. **Paidéia**: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 1413.

JUNGUES, J. R. Complexidade, transdisciplinariedade e ética. In: Jungues, J. R. **Bioética: hermenêutica e casuística**. São Paulo: Loyola, 2006. p. 17-31.

LEGARDA, G. C. Uma leitura crítica da bioética latino-americana. In: Pessini, L.; Barchifontaine, C. P. (Orgs). **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. p. 229-346.

LUCHMANN, L. H. H. Associativismo civil e representação democrática. In; Scherer-Warren, I.; Luchmann, L. H. H. (Orgs). **Movimentos sociais e participação**: abordagens e experiências no Brasil e na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011. p. 115-140.

MALUF, F.; CARVALHO, G. P.; DINIZ JR, J. C. *et al.* Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, 2007. p. 1737-1746.

MAINETTI, J. A.; PEREZ, M. L. O discurso da bioética na América Latina e referências de bioética na Argentina. In: Pessini, L.; Barchifontaine, C. P. (Orgs). **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. p. 35-54.

MARIOTTI, H. **As paixões do ego**: complexidade, política e solidariedade. São Paulo: Palas Athena, 2000. 350 p.



MARTINS, P. C.; COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F. *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**: Rio de Janeiro, v.18, n.1, fev./jul. 2008. p. 105-121.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 310 p.

\_\_\_\_\_, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 135 p. (Saúde Coletiva, 4).

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec. 1999. 269 p.

MOLINA, C. P. V. Algunas notas sobre concientización. In: SIERRA, A. M. A. *et al.* (Orgs.). **Teoria crítica de la sociedade y salud pública**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: Ed. John Harold Estrada Montoya, 2011. p. 38-39.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.3, jan 2009. p.795-805.

NASCIMENTO, W.F.; GARRAFA, V. Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, 2011. p.287-299.

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M; ZOBOLI, E.L.C.P. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface** - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, 2011. p.363-75.

POLIT, D. F.; BECK, C. T; HUNGLER B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 406-26.

PORTO, D.; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, suppl.1, 2011. p.719-729.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Algumas questões para o futuro da bioética na região latino-americana. In: Pessini, L.; Barchifontaine, C. P. (Orgs). **Bioética na ibero-america**: história e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007. p. 369-380.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.** n.33, v.2, 2009. p. 253 – 261.

SARMENTO, H. B. M. Desafios à bioética: democracia, participação e controle social. In: Hellmann, F. *et al.* (Org.). **Bioética e Saúde Coletiva**: Perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis: DIOESC, 2012. p.108-121.

SCHRAMM, F. R. Niilismo tecnocientífico, holismo moral e a “bioética global” de V. R. Potter. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar./jun. 1997. p.95-115.

\_\_\_\_\_. A autonomia difícil. *Bioética*. v.6, n.1, 1998. p. 27-37.

\_\_\_\_\_. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. P. (Orgs.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 11-24.

SCHERER-WARREN, I. Para uma abordagem pós-colonial e emancipatória dos movimentos sociais. In; Scherer-Warren, I.; Luchmann, L. H. H. (Orgs). **Movimentos sociais e participação**: abordagens e experiências no Brasil e na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011. p. 17-36.

SILVA, D. **Uma abordagem cognitiva ao planejamento estratégico do desenvolvimento sustentável**. 1998. 240 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, set. 1998.

\_\_\_\_\_. Desafios sociais da gestão integrada de bacias hidrográficas: uma introdução ao conceito de governança da água. In: **Congrès de l’ACEFAS**, 74, 2006. Université McGill. Montreal, Canadá.

SILVA, I. M. F. Os conselhos de saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. **Rev. Educ. Pública**, Cuiabá, v. 5, n. 8, jul/dez. 1996. p.241-264.

STOLZ, S.; FRANCKINI, T. M.; KYRILLOS, G. M. Participação e representações alternativas nas democracias contemporâneas: dois fenômenos, uma abordagem. In; Scherer-Warren, I.; Luchmann, L. H. H. (Orgs). **Movimentos sociais e participação**: abordagens e experiências no Brasil e na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011. p.171-200.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005. p. 14-507.

VERDI, M. Interfaces entre bioética e políticas públicas: a propósito dos conflitos éticos envolvendo a promoção da saúde. In: Caponi, S. *et al.* (Org.). **Medicalização da Vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 255-264.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov./dez. 2002. p.1621-1628.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010.

\_\_\_\_\_, A. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde soc.**, São Paulo, v.15, n. 3, set./dez. 2006. p.131-144.

\_\_\_\_\_, A.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enf**, v.60, n.5, out 2007. p.579-584.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família, 2003. 240 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
MESTRADO - ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

### ROTEIRO DE ENTREVISTA<sup>3</sup>

#### **Pergunta disparadora:**

Você já vivenciou algum problema ético nas reuniões do conselho?

Poderia me contar qual(is) foi(foram) e como foi(foram)?

#### **Caso Hipotético:**

O presidente do CMS dá boas vindas e diz que é uma honra ter sido indicado pelo prefeito para novamente estar à frente do conselho. Diz que está satisfeito com sua equipe, pois são todos funcionários de longa data da casa, e por isso, altamente qualificados.

A reunião se inicia com a colocação de um conselheiro sobre a falta de paridade entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores em uma das comissões formadas pelos conselheiros, pois sente que a paridade é importante para que o resultado contemple da melhor forma a sociedade. O Presidente então questiona se em algum regimento consta que deva haver paridade nesta comissão. Diante da resposta negativa ele considera que se não está escrito, então não há ilegalidade.

Um conselheiro então pede que os informes da Mesa Diretora sejam substituídos pela apresentação da Proposta da Lei Orçamentária Anual do Fundo Municipal de Saúde do Município, tendo em vista que

---

<sup>3</sup> Este Roteiro guiará as Entrevistas Semi-dirigidas. A pós a questão disparadora, a pesquisadora narrará um suposto caso de um conflito ético que poderia estar presente nas reuniões do Conselho de Saúde. Logo após continuará a entrevista em forma de diálogo que deverá ser capaz de responder as questões acima colocadas.

tal apresentação tem prazo legal para envio à Câmara de Vereadores, além de ser de suma importância e mais relevante que os demais itens da pauta. Colocada em votação, a plenária aprovou a alteração.

Ao final da apresentação, uma conselheira relatou descontentamento com os dados apresentados, comentando também a impressão errônea que os gráficos sugerem e colocando em evidência os gastos do Conselho, que se concentram em infraestrutura, não havendo gastos com ações políticas. O presidente interrompe dizendo que o Conselho leva suas propostas para fora do município, que é exemplar e que a conselheira nunca se dá por satisfeita.

Outra conselheira pede a palavra dizendo que a apresentação é realmente técnica e só pode ser discutida com pessoas que contenham conhecimento a respeito. Diz que o assunto tratado é muito importante e que os leigos são insensíveis a este tipo de assunto, quem não sabe disso é porque está alienado.

Outro conselheiro demonstra descontentamento afirmando que o Conselho realiza poucas reflexões sobre possíveis transformações, e o que geralmente se tem é uma pauta de encaminhamentos, fiscalização e relatórios, além de demandas emergenciais como àquela, trazendo-se o discurso que só pode ser apresentada no mesmo dia e devendo ser voltado imediatamente. E questiona: se não se consegue nem analisar os dados, como votar diante de tal complexidade?

A mesa diretora pede questão de ordem, diz que o orçamento pode ser aprovado com ressalvas, e que depois enviará a apresentação para os conselheiros apreciarem melhor. O presidente coloca o item em votação, o qual acaba sendo aprovado.

No suposto caso, você enxerga algum problema ético? Qual/quais?

Você acha que situações desse caráter ocorrem no CMS em que atua? Poderia me contar alguma situação que você tenha presenciado?

**Demais perguntas:** (lembrar que devem ser investigados os conflitos éticos de variadas ordens, e que não precisam emergir somente do espaço das reuniões – pode ser nas inúmeras relações enquanto conselheiro).

1. Em que medida as reuniões propiciam um ambiente adequado para o diálogo de questões públicas?

2. Durante as reuniões você consegue expor suas questões, exprimir opinião, enfim, consegue contribuir?

3. Como você avalia o método de diálogo e de decisão utilizado neste conselho? Teria outra sugestão?

4. O conselheiro já sofreu algum tipo de constrangimento no exercício de ser conselheiro? (exemplos apenas se não tiver compreendido: agressões verbais, humilhações, tratamento com descaso etc.). Se importaria de me relatar?

5. O conselheiro se sente contemplado nas decisões do conselho? Enxerga-se dentro delas? Acha que as decisões refletem sua participação?

6. Quais valores você considera fundamentais para um bom conselheiro?

7. Em sua opinião, como você vê a participação de usuários no CMS?

8. Na sua opinião, os usuários do SUS de Florianópolis conseguem ser representados pelos conselheiros do segmento dos usuários? Por quê?

9. Você acredita que o trabalho deste CMS tem gerado resultados para a população de Florianópolis? Consegue me apontar a que você atribui esse fato?

10. Participar das reuniões do CMS lhe trouxe algum aprendizado? Qual(is)? Acha que algum tipo de capacitação teria ajudado ou ainda seria necessária?

11. O que você considera que um conselheiro tem de saber para exercer seu papel como gestor da saúde coletiva?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
e-mail: pppo@contato.ufsc.br**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O projeto de pesquisa intitulado: ***CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS POR CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO*** é desenvolvido pela mestrandia em Odontologia em Saúde Coletiva **Juliara Bellina Hoffmann** (RG nº: 4011696 - SSP/SC - CPF nº: 05672563910). Trata-se de pesquisa em Saúde Coletiva pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Odontologia em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirelle Finkler (pesquisadora responsável). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número 539.891/2014.

A pesquisa tem como **objetivo principal** analisar os conflitos éticos vivenciados pelos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis. Para tanto o **procedimento** usado será entrevista individual composta por questionamentos abertos, que serão respondidos em horário conveniente por cada um dos conselheiros que concordar em participar do estudo. As entrevistas serão registradas em gravador digital e por escrito. Às informações coletadas nas entrevistas serão acrescidas de informações obtidas por meio de leitura das atas do Conselho Municipal que são de acesso público, bem como por meio da observação das reuniões mensais que ocorrem de forma também aberta à sociedade.

Os **possíveis riscos** oferecidos nesta pesquisa são: desconforto ao participar da entrevista e possível constrangimento em caso de

identificação do participante informante que, no entanto, tem o sigilo garantido pelas pesquisadoras. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo e observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletadas ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão **benefícios** no sentido de oferecer subsídios para possíveis intervenções pedagógicas com o objetivo de melhorar o processo deliberativo das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Destas reflexões, entende-se que devem emergir discussões na perspectiva da bioética no sentido aprimorar o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde.

Eu.....  
 ....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que autorizarei a gravação da minha entrevista em aparelho digital. Estou ciente de que participações em pesquisa não podem ser remuneradas e que minha participação no estudo pode ser interrompida a qualquer momento se assim eu o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo e concordo com a participação no mesmo. Por fim, declaro que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento assinado.

---



**Assinatura do participante**

---

**Assinatura da pesquisadora principal**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
2014.

Em caso de necessidade, contate com: Juliara Hoffmann.

Endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, 410/apto501.

Carvoeira - Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 98148895. E-mail: juliara.odt@gmail.com

## Apêndice C - Metodologia de Deliberação Moral de Gracia (2014).

A. Deliberação sobre os fatos.	1. Apresentação do caso; 2. Esclarecimentos sobre o quadro clínico do caso: - diagnóstico - prognóstico - tratamento
B. Deliberação sobre os valores.	3. Identificação dos problemas éticos do caso; 4. Escolha do problema ético que será discutido; 5. Explicitação dos valores em conflito nesse problema;
C. Deliberação sobre os deveres.	6. Identificação de cursos extremos de ação; 7. Busca de cursos intermediários; 8. Eleição do curso ótimo;
D. Deliberação sobre as responsabilidades.	9. Provas de consistência da decisão: - prova da legalidade; - prova do tempo; - prova de publicidade.
<p>Leque Hermenêutico – Sistematização da Ética</p> <p>Deliberação sobre os fatos: síntese do caso ou da situação; problemas éticos.</p> <p>Deliberação sobre os valores: identificação do problema ético principal; e dos valores em conflito.</p> <p>Consulta a profissionais.</p> <p>Deliberação sobre os deveres: identificação dos cursos de ação extremos, intermediários e ótimos.</p> <p>Deliberação sobre as responsabilidades: Provas de legalidade; de tempo e de publicidade.</p> <p>Comentários finais sobre: o que foi aprendido e o que ficou para aprender.</p>	

**ANEXOS****Anexo 1 – Autorização Prefeitura Municipal do Município**

**Prefeitura Municipal de [REDACTED]  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em  
Saúde**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Conflitos éticos vivenciados por conselheiros municipais de saúde: um estudo de caso" da pesquisadora responsável Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Mirelle Finkler, e cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

[REDACTED] 12/12/2013

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em  
Saúde / SMS [REDACTED]



## Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do CEP/SH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conflitos éticos vivenciados por conselheiros municipais de saúde: um estudo de caso

**Pesquisador:** Mirelle Finkler Área

**Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26221814.1.0000.0121

**Instituição Proponente:** Departamento de Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 539.891

**Data da Relatoria:** 24/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

É projeto de mestrado do Programa de Pós Graduação em Odontologia, concentração em Saúde Coletiva de Juliara Hoffman sob orientação de Mirelle Finkler. No momento em que a política democrática participativa não consegue fazer com que o discurso de interesse público encontre respaldo prático na realidade vivida pelos cidadãos, os conflitos morais produzidos na condução das políticas públicas se aprofundam. Para evitar este caminho, é necessário que o controle social não se afirme somente na sua legalidade, mas que procure se embasar nas 'leis morais' da sociedade a qual pertence. Para tanto, homens e mulheres que compõem esse controle precisam ter seus objetivos individuais a serviço da coletividade. A hipótese é de que os conflitos éticos ocorrem durante o processo deliberativo do Conselho Municipal de Saúde [REDACTED], e que os mesmos atropelam o caráter decisório e o processo participativo impedindo uma intervenção mais efetiva das políticas públicas de saúde na melhoria da qualidade da saúde brasileira.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 535.891

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os conflitos éticos vivenciados pelos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de [REDACTED]  
 Objetivo Secundário: Identificar os vazios pedagógicos, culturais e/ou políticos que permitem a presença desses problemas de caráter ético.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os possíveis riscos oferecidos nesta pesquisa são: desconforto ao participar da entrevista e possível constrangimento em caso de identificação do participante informante. Benefícios: oferecer subsídios para possíveis intervenções pedagógicas com o objetivo de melhorar o processo deliberativo das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os sujeitos da pesquisa serão os Conselheiros Municipais de Saúde de [REDACTED], que serão escolhidos aleatoriamente, estima-se que a saturação dos dados será alcançada com uma amostra de cerca de 15 participantes. Para coleta de dados será realizada análise das Atas das reuniões passadas, observação não participante das reuniões do Conselho e entrevistas com os conselheiros. A entrevista individual será composta por questionamentos abertos, que serão respondidos em horário conveniente por cada um dos conselheiros que concordar em participar do estudo. As entrevistas serão registradas em gravador digital e por escrito. As informações coletadas nas entrevistas serão acrescidas de informações obtidas por meio de leitura das atas do Conselho Municipal que são de acesso público, bem como por meio da observação das reuniões mensais que ocorrem de forma também aberta à sociedade. Os dados coletados nos três momentos serão categorizados com o auxílio do Software Atlas.ti

7.1.6. A análise dos dados levantados será através da Análise de Conteúdo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma pendência

**Situação do Parecer:**

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima			
Bairro: Trindade		CEP: 88.040-900	
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS		
Telefone: (48)3721-8206	Fax: (48)3721-9696	E-mail: cep@reitoria.ufsc.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Página 02 de

Continuação do Parecer: 539.891

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 24 de Fevereiro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

Página 03  
de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br





Anexo 3 - Metodologia para a Construção Coletiva de  
Conceitos, proposta por Silva (1998).

(próximas páginas)

### **Momento 1: Revelação da Subjetividade**

Atividade individual, onde cada participante escreve sua opinião sobre o conceito em questão, ou seja, o ponto de partida é sempre a realidade cognitiva e social das pessoas.

O facilitador deve convidar as pessoas à participação, dando-lhes a opção de escrever, ou falar sobre o conceito em pauta, ou seja, o tema gerador daquela reunião em específico. Cada pessoa deve refletir individualmente, em silêncio, sobre o conceito a ser construído a partir das suas próprias vivências. A escrita, o desenho, ou a reflexão, de forma sintetizada é fundamental para a estruturação do pensamento e a elaboração da síntese de cada um, fortalecendo e objetivando sua participação na discussão do grupo.

### **- Momento 2: Contribuição da Diversidade**

Atividade expositiva, com a introdução de um conhecimento previamente organizado e sintetizado pelo instrutor. Como no primeiro momento, esta é uma atividade individual onde cada participante lê/assiste e reflete sobre o conhecimento adquirido. Trata-se da valorização do conhecimento do outro.

Neste momento os facilitadores apresentarão uma contribuição externa, um conhecimento específico sobre o Tema Gerador em questão. Pode ser na forma de um texto, um artigo, um vídeo ou uma exposição oral. O importante é que neste momento os participantes conheçam outros tipos de realidades e visões sobre o tema, agregando esse novo aprendizado ao conhecimento que ele já havia sintetizado a partir da sua vivência. Os participantes podem incluir essas novas ideias ao que já haviam escrito no momento anterior.

### **- Momento 3: Construção da Intersubjetividade**

Nesse momento o trabalho é coletivo (pequenos grupos). Busca-se a reflexão entre os conceitos iniciais de cada participante, ou seja, é um momento onde cada membro do pequeno grupo ouve os conceitos construídos nos dois passos anteriores.

O facilitador convida os participantes a formarem pequenos grupos, onde cada participante vai ler ou falar sobre o que escreveu/construiu nas duas etapas anteriores. Cada ideia deve ser apresentada pelo autor e ouvida pelos colegas, sem julgamentos, valorizando as diferentes visões reveladas a partir da experiência de cada pessoa. Este momento é o da problematização, dos questionamentos, das ideias e visões de mundo reveladas a partir da subjetividade de cada um.

#### - Momento 4: Construção do Domínio Linguístico

Trabalho de síntese no qual o grupo, através do diálogo, deve chegar à um consenso sobre o conceito em questão. Neste momento, surgem as divergências dentro do grupo sobre as ideias e as palavras-chave que englobam esse conceito e, portanto, cabe aos indivíduos dialogarem e encontrarem o melhor caminho para que todas as pessoas do grupo possam se enxergar no conceito final.

A partir da discussão das ideias e do material didático apresentado pelo facilitador, o grupo deve sintetizar o seu conceito, tanto por meio do texto como do desenho. Cada grupo deve discutir a forma de apresentação e construir junto o material a ser apresentado. Destaca-se a importância da valorização de dinâmicas lúdicas como teatro, musicas, historias, incluindo em cada uma a elaboração de um cartaz que revele, em imagens e/ou palavras, o conceito a ser apresentado. O cartaz tem o importante papel de funcionar como registro dos trabalhos para o acompanhamento da produção durante todo o processo de construção do projeto, ou o que for que a comunidade estiver construindo. Este é um momento importante para o grupo pois a construção de um conceito comum revela a construção do Domínio Linguístico do grupo, tornando-o forte para a realização de ações coletivas e solidárias.

#### - Momento 5: Apresentação

Esse é o último momento desta Pedagogia, onde cada um dos pequenos grupos irá apresentar sua proposição do conceito, ouvir as críticas e contribuições e por aproximações sucessivas constrói-se o conceito síntese do grupo.

A partir das apresentações e contribuições de cada grupo, o facilitador deve focalizar a construção do conceito coletivo do grande grupo, conduzindo a síntese final. Esse momento requer toda a atenção e conhecimento do facilitador. Ele deve seguir as orientações metodológicas da construção do texto coletivo, não sendo permitindo ao facilitador a inclusão de nenhum substantivo, garantindo a integridade do produto do grupo, exceto nos casos em que todo o grupo decide, de forma unanime, a inclusão de uma palavra substantiva.

É importante destacar que o conceito construído pelo grupo destina-se apenas a este grupo. Cada grupo deve construir os seus próprios conceitos coletivos e projetos em comum, dando pertinência e legitimidade ao produto final dos encontros utilizando a Metodologia de Construção de Conceitos.

***A democracia através de estratégias de governança participativa, pretende abrir portas para ações, conectando o local ao global, firmando soluções para a transição para uma cultura da sustentabilidade.***