

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS DELEGADOS DO SEGMENTO
USUÁRIOS DE UMA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MARA RÚBIA CARRILHO SANTOS

JEQUIÉ/BA
2011

MARA RÚBIA CARRILHO SANTOS

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS DELEGADOS DO SEGMENTO
USUÁRIOS DE UMA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Enfermagem de Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca examinadora.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela

**JEQUIÉ/BA
2011**

S236 Santos, Mara Rúbia Carrilho

Representação Social dos delegados do segmento usuários de uma Conferência Municipal de Saúde/ Mara Rúbia Carrilho Santos. Jequié, 2011.

133p.: il.; 30cm.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual da Bahia, 2011. Orientador Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti.

1.Política 2.Planejamento 3.Gestão em saúde I.Casotti, Cezar Augusto II. Vilela, Alba Benemérita. III.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia IV.Título.

CDD - 613.70446

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Mara Rúbia Carrilho. **Representação Social dos delegados do segmento usuários de uma Conferência Municipal de Saúde**. 2011. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração: Enfermagem de Saúde Pública. Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.

BANCA EXAMINADORA

Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Orientador e Presidente da Banca

Prof. DSc. Jorge Costa do Nascimento
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Examinador

Prof^ª. DSc. Ana Angélica Leal Barbosa
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Examinadora

Jequié/BA, 31 de janeiro de 2011

Dedico este trabalho **aos meus avôs** maternos Odilon Alves Carrilho (*in memoriun*), homem de pouca educação formal, mas um intelectual da época, não mediu esforços na formação dos filhos. E à Alice Matos Carrilho (*in memoriun*) pelo carinho e dedicação.

Aos meus avôs paternos Antônio Francisco dos Santos (*in memoriun*) e Maria dos Anjos Santos (*in memoriun*) que sempre proporcionaram união e respeito à família.

Aos meus pais, à minha mãe Urânia Matos Carrilho, mulher guerreira, pelo seu esforço, sua luta enfrentada durante toda a vida para educação dos filhos, nos ensinou que nunca devemos desistir. Ao meu pai Adalberto Francisco do Santos (*in memoriun*), homem simples, mas que soube com suavidade e carinho passar ensinamentos e valores que contribuíram para que chegasse onde me encontro.

Às minhas irmãs Suelly e Tânia que carinhosamente sempre se preocuparam com as minhas buscas, com meus esforços na concretização dos meus objetivos. **À minha irmã** Rosana (*in memoriun*), que partiu ainda jovem aos 20 anos, deixando muita saudade entre nós. E **aos meus irmãos Beto e Marcelo** que sempre me admiraram servindo de estímulo à minha caminhada.

À Javier Alfaya, amigo e companheiro, pelo político que sempre foi durante sua caminhada, uma referência intelectual, de seriedade, integridade e respeito em toda minha vida, desde a graduação na UFBA, possibilitando e servindo de motivação à minha luta e ao meu crescimento pessoal.

AGRADECIMENTOS

Espero conseguir não reduzir este gesto a uma formalidade, ainda que não possa deixar de sê-lo. Este trabalho chega a uma finalização em meio a um percurso bastante intenso, característico do esforço de produção de uma dissertação.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, a todo corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, pelos ensinamentos, dedicação, compromisso na condução dos trabalhos.

Ao meu orientador Cezar Augusto Casotti pela generosidade, solidariedade, paciência, competência e apoio com que me orientou durante o decorrer de toda esta trajetória, com seu desprendimento não poupou esforços, e que sem o mesmo não conseguiria elaborar este trabalho.

À minha co-orientadora Alba Benemérita pela sua generosidade, paciência, dedicação, competência, sempre disponível e sorridente nas suas orientações, que sem o seu empenho, dedicação e desprendimento não poderia finalizar esta jornada.

Como também **a todos os funcionários** que participaram durante esses dois anos dos trabalhos deste programa sempre como muito atenção e presteza.

A todos os colegas pelo convívio e troca de experiências durante o mestrado, especialmente às colegas Isaiane e Emanuelle (Manoh) pelo acolhimento, podendo compartilhar da sinceridade e integridade que fazem parte da personalidade das mesmas.

À minha amiga Josicélia Pinheiro, pelas nossas conversas, trocas de experiências, e pelo apoio, incentivo e estímulo ao meu crescimento, possibilitando cada vez mais os meus saltos, sempre se colocando com muita sabedoria e conhecimento.

À minha amiga a professora Patrícia Suguri pelo incentivo e os primeiros nortes dado, de forma delicada, sutil, ainda no anteprojeto, para que esse trabalho viesse a se concretizar.

Não há na história, na vida social, nada de fixo, de enrijecido, de definitivo. E não existirá nunca. Novas verdades aumentam o patrimônio da sabedoria; necessidades novas superiores são suscitadas, pelas novas condições de vida; novas curiosidades intelectuais pressionam o espírito e obrigam, a renovar-se a melhorar.

Antônio Gramsci

RESUMO

O presente trabalho aborda a participação popular e o controle social na saúde, a partir de uma Conferência Municipal de Saúde, no ano de 2007. Tendo como objetivo geral analisar a participação dos movimentos sociais na atualidade no contexto da IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA; e como objetivos específicos apreender as representações sociais dos delegados do segmento usuários da IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA e traçar o perfil sócio-demográfico e representatividade de participantes do segmento usuários na IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA. A metodologia utilizada foi qualitativa ancorada na Teoria das Representações Sociais desenvolvida por Moscovici, optando pelo direcionamento da abordagem estrutural de Abric e Sá. Para responder a complexidade desse objeto de estudo, utilizamos multimétodos de coleta e análise das informações, aplicado a 39 dos 45 delegados do segmento usuários da referida conferência. Transitando pelo Teste de Evocação Livre de Palavras e a Entrevista semiestruturada; e, embebidas pela TRS, analisamos os resultados sob a perspectiva de apresentar os conteúdos e estrutura do significado social. Foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin na análise e discussão dos dados. No Teste de Evocação de Palavras, foi utilizado o *software* EVOC 2003 onde emergiram como elementos centrais: *controle social, democracia, melhoria, mobilização e política* e corroborados pelos conteúdos das entrevistas das representações de delegados do segmento usuários que se corporificaram em cinco categorias: Escolha dos delegados; Representação Social dos usuários acerca da IX MS de Salvador; Participação do usuário na IX CMS; Entraves da IX CMS e Apreensão do significado de controle social em saúde na visão do usuário. Essas considerações reportam-se à percepção de que existe participação social efetiva do segmento usuários, atuando nos movimentos sociais na arena dessa Conferência de Saúde, porém existem os entraves políticos e os gestores não cumprem as propostas aprovadas e pouco se avança com relação à melhoria da situação de saúde da população.

Palavras chaves – Conferência de Saúde; Participação Popular; Controle Social

ABSTRACT

This work deals about popular participation and social control in health, from a Municipal Health Conference, in 2007. With general aim analyze the participation of social movements now a day in the context of the IX Conference of Health of Salvador-BA; and as specific objectives apprehend the delegates social representations of users segment of the IX Conference of Health of Salvador-BA and draw the socio-demographic profile and representative of participants from users segment at the IX Conference of Health of Salvador-BA. The methodology used was qualitative anchored in social representations theory developed by Moscovici, opting for directing the structural approach of Abric and Sá. To answer the complexity of this study object, we use multimethod for collection and analysis of information, applied to 39 of the 45 delegates of users segment on the conference. Transiting by Test of Free Word Recall and semistructured interview, and imbibed by the TRS, we analyzed the results from the perspective of presenting the content and structure of social meaning. We used the technique of content analysis of Bardin's in analysis and discussion of data. In Test of Free Word Recall, we used the EVOC 2003 software from which emerged as central elements: social control, democracy, improvement, mobilization and political and corroborated by the interviews contents of representations delegates from users segment that materialized in into five categories: delegates select; Social Representation of users on the IX CNS of Salvador; user participation in the IX CMS; barriers of IX CNS and Grasping the meaning of social control in health in view of the user. These considerations relate to the perception that is effective social participation in users segment, acting in the arena of social movements in Health Conference, but there are politician's obstacles and managers don't comply with the approved proposals and little progress is made with respect to improving the health status of the population.

Keywords - Health Conference, Popular Participation, Social Control

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1. Valores numéricos e percentuais das características sócio-demográficas, culturais e atuação nos movimentos sociais de delegados do segmento usuários que participaram da IX CMSS. Jequié-BA, 2011. 69
- Figura 1. Quadro de casas estabelecido pelo software Evoc 2000 mediante evocação dos usuários acerca da Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA. Jequié-BA, 2011. 71
- Tabela 2. Categorias e subcategorias obtidas por meio da técnica de Análise de conteúdo proposta por Bardin em entrevistas de 21 delegados do segmento usuários que participaram da IX CMSS. Jequié-BA, 2011. 76

LISTA DE ABREVIATURAS

MRS	Movimento da Reforma Sanitária
CF	Constituição Federal
MS	Ministério da Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
LOS	Lei Orgânica da Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
CNS	Conferência Nacional de Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médico-Previdenciária e Social
CMS	Conselho Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund
OMS	Organização Mundial de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
PIASS	Programa de Integração das Ações e dos Serviços de Saúde
PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
PS	Psicologia Social
PSF	Programa Saúde da Família
ALBA	Assembléia Legislativa do Estado da Bahia
CROBA	Conselho Regional de Odontologia da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
ANC	Assembléia Nacional Constituinte

SUMÁRIO

1	introdução	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	MOVIMENTOS SOCIAIS E O CONTROLE SOCIAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	19
3.2	PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DO SUS	25
3.3	A DEMOCRACIA – CONTEXTUALIZANDO	30
3.4	CONTEXTUALIZANDO A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	34
3.5	CONTROLE SOCIAL NO SUS	37
3.6	CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO BRASIL	39
3.7	A IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR	45
4	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	49
4.1	PROCESSOS DE FORMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	53
4.2	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA ESTRUTURALISTA	54
5	MÉTODO	58
5.1	TIPO DE PESQUISA	58
5.2	LOCAL DE ESTUDO	59
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	60
5.4	AMOSTRA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	60
5.5	QUESTÕES ÉTICAS	62
5.6	INSTRUMENTOS DE PESQUISA E PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	62
5.7	A ANÁLISE DOS DADOS	65
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	67
6.2	TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	70
6.3	TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA	76
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A: TCLE	126
	APÊNDICE B: Questionário	128
	APÊNDICE C: Questionário	130
	APÊNDICE D: Teste	131
	ANEXOS	
	ANEXO A: Ofício CEP	132
	ANEXOB: Ofício do CMS/SSA	133

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se inscreve na discussão a respeito da participação da sociedade civil nas políticas públicas de saúde no Brasil. O interesse pela temática surge desde o período secundarista da minha participação em grêmios estudantis numa escola pública da rede estadual de ensino. Posteriormente ao ingressar na Universidade Federal da Bahia (UFBA), na Faculdade de Odontologia, quando contribuía com os trabalhos do diretório acadêmico apoiando o movimento estudantil da década de 1980.

Neste sentido, durante toda a década passada foram elaborados trabalhos dos quais participei da articulação, como a 1ª Audiência Pública sobre Saúde Bucal realizada em 2008 na Assembléia Legislativa do Estado da Bahia (ALBA), por intermédio da Comissão de Saúde e Saneamento, onde foram discutidas as questões relacionadas à área de Saúde Bucal no Estado. Após a eleição para o Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CROBA), em 2009, e presidindo a Comissão de Políticas Públicas de Saúde houve a possibilidade de tornar essa participação mais efetiva, à frente dos trabalhos da referida autarquia.

Foram realizados por meio da Comissão de Políticas Públicas de Saúde, três importantes eventos, envolvendo grande parte da categoria odontológica do Estado. Em outubro de 2009, o 1º Seminário de Políticas Públicas de Saúde Bucal, e em maio 2010, o 1º Encontro de Gestores Públicos em Saúde Bucal do Estado da Bahia, onde foi fundado o Conselho de Gestores em Saúde Bucal do Estado da Bahia (CONAGESB). Mais recentemente em julho de 2010, como desdobramento da articulação entre CROBA e ALBA foi possível a realização da audiência Pública com cirurgiões Buco-maxilo cujo pleito a alteração da lei 11.373/2009, que reestrutura o grupo ocupacional de saúde. Transitando ainda por representação do CROBA no Conselho Municipal de Saúde de Salvador.

Pautamos nossas ações, no entendimento que somente por meio da participação cotidiana de cada cidadão nas causas coletivas, como exercício de cidadania, no propósito da transformação social, seja possível construir uma sociedade mais equânime e igualitária.

Após aprovação obtida no Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, da UESB, para a linha de Pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde, houve a possibilidade de qualificação da formação voltando-me para o aprofundamento de temas que sempre foram importantes nas discussões.

Nesta vertente, surgiu o interesse em abordar a temática proposta neste estudo. Inicialmente, considerando pertinente compreender os movimentos sociais brasileiros, os quais, nos últimos vinte anos, tiveram como principal contribuição, a reconstrução do processo de democratização do país. Não se tratando apenas da reconstrução do regime político da retomada da democracia e do fim do regime militar, mas também, da construção ou reconstrução de valores democráticos, de novos rumos para a cultura do país, constituindo-se como agentes interlocutores que dialogam diretamente com a população e com o Estado (GOHN, 2010).

A participação popular proveniente de muitas lutas dos movimentos sociais nas décadas de 1970/80 tornou-se direito, e incorporou-se à Constituição Federal (CF) de 1988. Neste contexto emerge o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área de saúde, posteriormente, incorporou-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. O movimento estudantil reivindicava a Reforma Universitária e recriminava o conformismo da Universidade de então para com a saúde da coletividade (PAIM, 2002).

O MRS, no ano de 1986, pressiona os Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social, para que fosse implementada uma reforma do sistema de saúde vigente no país, resultando na formação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Esta teve um papel relevante, uma vez que estimulou contatos e articulações que influenciaram na elaboração dos programas dos partidos políticos que disputaram as eleições de novembro de 1986 para governadores, assim como senadores, deputados federais, deputados estaduais, então futuros constituintes. Esta comissão elaborou documentos que subsidiaram a elaboração do capítulo da Saúde do projeto constitucional a ser elaborado pela Assembléia Nacional Constituinte e posteriormente a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (PAIM, 2002).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) resultou de um longo movimento da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Foi transformada em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ªCNS), e foi desenvolvida como processo, desde então, em especial a partir da instalação da CNRS (PAIM, 2007). O MRS teve claro que não apenas a oferta universal de serviços de saúde iria concretizar o direito de todos os cidadãos, mas também estava subjacente que a sociedade se responsabilizasse e participasse das decisões, e com isso viesse garantir e preservar os interesses coletivos (CORTÊS, 2009).

A 8ª CNS, realizada em 1986, foi o marco de transformação desse fórum, uma vez que alterou a composição dos delegados com o objetivo de aprofundar as discussões dos temas, e subsidiou a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) na inscrição, na CF, da participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

As deliberações dessa conferência, que foram matéria de negociação no debate constituinte, posteriormente, foram na sua maioria incorporada à Constituição de 1988. Portanto, saiu desta conferência o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que emerge do movimento social. Nessa conferência, houve um consenso de que para o setor saúde então vigente no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim, uma reforma política, social e cultural. Uma mudança em todo arcabouço jurídico-institucional existente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da Reforma Sanitária (AROUCA, 1988).

Promulgada a CF de 1988, fica determinado no seu artigo 1º, que “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos, ou diretamente, nos termos desta constituição” e no Artigo 198, institui-se o SUS, como uma rede de ações e de serviços públicos de saúde regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, de atendimento integral e de participação popular (BRASIL, 1988).

Portanto, com a promulgação da CF de 1988, emerge uma nova modalidade de gestão das políticas públicas no Brasil, e ainda de acordo com Liberal (2006), cria-se espaço e condições de participação de novos sujeitos coletivos, na gestão democrática, como uma forma de participação direta da população começando

então a estruturar-se, embora não existindo uma legislação específica. Isso se dá em função das exigências de descentralização político-administrativas inseridas na CF de 1988.

Neste novo contexto, Gohn (2004), afirma que se estabeleceu a partir daí um novo desenho de institucionalidade, envolvendo distintos sujeitos sociopolíticos e culturais, tanto no âmbito estatal como societal (do Estado como da sociedade). Por força de lei, os governos abrem espaços de participação da sociedade civil organizada nos processos de planejamento, de implementação e de fiscalização das políticas públicas, no que se refere às políticas sociais.

A partir de 1988 com a nova CF, e a promulgação da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que entre outras providências versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, institui as Conferências e os Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas do SUS, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo. As Conferências têm por finalidade avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, enquanto os Conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

Esta Lei estabelece que as Conferências de Saúde devam ser realizadas a cada quatro anos, e devem contar com a representação de vários segmentos sociais. As Conferências de Saúde são convocadas pelo poder Executivo ou extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

A composição dos participantes das CNS ficou vaga, não determinando os percentuais das representações, cita apenas, “representação dos vários segmentos sociais”, comparada à dos Conselhos de Saúde, que foi determinada com “representação do governo (25%), trabalhadores da saúde (25%) e usuários (50%)”. Ficou estabelecido, também, com a Lei 8.142/90, que tanto nos Conselhos como nas Conferências “a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (ESCOREL, 2005).

Percebe-se que apesar dos avanços no plano legal conquistados por meio da CF de 1988, da inserção da participação popular na construção das políticas públicas de saúde por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, conquista tão almejada pelos movimentos sociais, que ainda possui uma situação de saúde que

não corresponda àquela que contemple os pressupostos elencados no projeto da RSB, no que diz respeito às necessidades da população.

Portanto, o estudo acerca da estrutura da Representação Social de uma conferência municipal de saúde pode permitir analisar a participação dos movimentos sociais na atualidade, apreender as representações sociais dos delegados do segmento usuários e traçar o perfil sócio-demográfico e representatividade destes usuários. No entanto, ao estudar a participação dos movimentos sociais, a mesma encontra-se fundada não apenas na sua efetivação e consolidação de seu papel no SUS, mas também na perspectiva da concretização efetiva da RSB.

Mas, para tanto é necessário que os atores sociais envolvidos nesse processo sejam sujeitos ativos dessas mudanças, com participação embasada no conhecimento do seu papel enquanto tal, para que seja possível construir caminhos que possibilitem resgatar e assegurar a luta para tornar o SUS legal, uma realidade concreta e avançar no processo da RSB.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a participação dos movimentos sociais na atualidade no contexto da IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender as representações sociais dos delegados do segmento usuários da IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA.
- Traçar o perfil sócio-demográfico e representatividade de participantes do segmento usuários na IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A temática relacionada às Políticas Públicas de Saúde, no que concerne à participação social nas instâncias colegiadas do SUS, especialmente, as Conferências de Saúde, constitui em assunto de relevância na área de Saúde Pública, a partir da CF de 1988, onde essa participação tornou-se legítima. Segundo Cortês (2009), os processos participativos na área de saúde tornaram-se importantes, à medida que, ao longo das três últimas décadas, movimentos participativos institucionalizaram-se em diversos momentos do processo de planejamento e implementação de políticas públicas e passaram a integrar estruturas gerenciais de organizações públicas.

A literatura aponta que, a temática relacionada às Conferências de Saúde, ainda se constitui em assunto pouco explorado em termos de trabalhos científicos, quando comparado àqueles dos Conselhos Municipais de Saúde. Visando conhecer este universo de contextualização desenvolvemos uma revisão da literatura para esclarecer conceitos e propor reflexões acerca do assunto. O delineamento desta revisão pautou-se na pesquisa eletrônica, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: conferência de saúde; participação popular; movimentos sociais no Brasil; reforma sanitária brasileira; controle social no SUS; democracia. Foram encontrados 796 artigos, teses e dissertações.

Após filtragem para seleção esses trabalhos foram submetidos à leitura flutuante e selecionados apenas 51 para a leitura aprofundada e análise. Os arquivos selecionados versaram sobre cinco temas (conferências de saúde no Brasil; reforma sanitária brasileira; movimentos sociais no Brasil; participação social no SUS; controle social no SUS) que originaram os tópicos abordados nesta revisão da literatura. Considera-se de relevância neste estudo os trabalhos desenvolvidos por Cortês (2009); Escorel (1999; 2005); Fleury (1994; 1997; 2009); Gohn (2001; 2004; 2007; 2010); Jacobi e Barbi (2000; 2000a; 2002; 2007); Paim (2002; 2007); com intuito de legitimar o estado da arte desta temática.

3.1 MOVIMENTOS SOCIAIS E O CONTROLE SOCIAL NA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Na concepção de Gohn (2007), os movimentos sociais são percebidos como ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas.

Neste sentido, torna-se pertinente compreender o contexto brasileiro, que desde o início do século XX até 1965, o termo *Controle Social* em saúde foi utilizado com significado praticamente oposto ao daquele utilizado na contemporaneidade, uma vez que era visto como medidas sanitárias de controle do Estado sobre a sociedade. Nesse modelo, determinado, por um lado, pela questão econômica brasileira que esteve dominada por um modelo agroexportador, que se baseava na monocultura cafeeira, o que se requisitava do sistema de saúde, era uma política de saneamento onde circulavam as mercadorias que seriam exportadas e a erradicação ou controle das doenças que possivelmente poderiam trazer prejuízo à exportação (MENDES, 1996).

No entanto, na década de 90, com base no relatório da 9ª CNS, controle social passa a ser entendido como a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde (BRASIL, 1992).

Considerando a influência político-econômica da década de 1980, a política restritiva do Estado possibilitou que surgissem, entre as classes populares brasileiras dos grandes centros urbanos, movimentos de reivindicação por serviços sociais, cujas necessidades comprometem as condições de sobrevivência na metrópole. Diante dessas contradições, o Estado é posto no centro das atenções populares, mobilizados por demandas de serviço público e melhores condições de vida. Esses movimentos sociais se diferenciaram das manifestações tradicionais de luta social conhecida na história, por constituírem um campo especial de interesse político para o qual se transfere retoricamente tantas responsabilidades públicas (COSTA, 1988).

É possível que na história das lutas populares no Brasil, como também em vários países latino-americanos, os movimentos sociais tenham sido definidos como expressão, no plano político, dos conflitos originados pelas contradições urbanas. A origem da questão urbana está, por um lado, na incapacidade do capitalismo brasileiro resolver as novas e crescentes demandas postas à reprodução da força de trabalho; e por outro, à forma da política urbana de Estado, baseada em inversão pública rentável à reprodução do capital (COSTA, 1988).

Conforme abordado anteriormente, e considerando o surgimento de movimentos de reivindicação, resultantes das contradições do Estado, do confronto da luta de classes, corrobora-se com o pensamento de Gramsci (2004) em relação à superestrutura, contribuindo no sentido de suas idéias: a idéia da sociedade política, que exerce a hegemonia através da coerção e a idéia da sociedade civil (grupos sociais, como associações, sindicatos), que formam alianças entre si em busca da hegemonia, da direção intelectual e moral. Da hegemonia como resultado do confronto de forças entre blocos sociais atuantes em determinado contexto histórico, da capacidade de direção intelectual e moral, como política e cultura de uma classe, grupos sociais ou frações de classe social.

No intuito da compreensão mais ampliada a respeito dos movimentos sociais deflagrados no Brasil, traça-se uma primeira história desses movimentos, o chamado primeiro ciclo que vai de 1972 a 1984. No primeiro ciclo desses movimentos temos o Movimento pela anistia (1977-1978); ciclo de greves generalizadas (1978-1979); Movimento Feminista (1975-1982); Mobilização Nacional contra o regime militar envolvendo partidos políticos, sindicatos, movimentos populares (1978-1984); Diretas já, um movimento nacional de reivindicação de eleição direta para presidente da República (1984) (GOHN, 2010). Período também em que precede a CF de 1988 e ocorre o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil.

No final dos anos 70, quando se reportava a novos movimentos sociais, se tratava de movimentos populares urbanos, particularmente aqueles que se vinculavam às práticas da Igreja católica, na ala articulada à Teologia da Libertação. No entanto, com a mudança na conjuntura política do início dos anos 80, vieram alterar o cenário brasileiro. Ganhou expressão, embora fossem lutas já antigas, os movimentos das mulheres, ecológicos, dos negros, índios, dentre outros (GOHN, 2010).

Entretanto, na década de 1970, enquanto o Estado politizava a saúde para o controle de tensões sociais acumuladas, a Sociedade Civil e a Universidade avançavam no processo de discussão, denúncia e investigação, tanto das condições de saúde e seus determinantes, como das políticas do setor. Assim, o movimento pela democratização da saúde representava a contra - politização da saúde, articulada por instâncias da sociedade civil (PAIM, 2002).

A contribuição de setores da Universidade ao movimento efetivou-se durante o autoritarismo, por meio da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), inicialmente, e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), por mais de uma década. Esse movimento, matriz do projeto da Reforma Sanitária, chega ao Parlamento em 1979, durante a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde, quando foi aprovado em plenário o documento do CEBES “A Saúde e a Questão da Democracia”. Este documento tem explicitamente em seu conteúdo as medidas necessárias ao alcance da Reforma Sanitária, e no qual se destacava a criação do SUS (PAIM, 2002).

Preconizava-se o direito à saúde como integrante dos direitos humanos, cuja abrangência universal, por seu lado, constitui condição essencial para a consolidação da democracia. Pretendia-se na época que por meio do estímulo à participação dos usuários do sistema de saúde, houvesse uma crescente influência destes nos processos decisórios, resultando na ampliação da oferta e da qualidade dos serviços para a população (CORTÊS, 2009).

Vislumbrava-se um crescente nível de politização da sociedade, ampliando gradativamente a consciência sanitária, ou seja, a consciência sobre o direito à saúde, à cidadania, como um dos preceitos da RSB (CORTÊS, 2009). A produção da academia contou também com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), enfatizando o documento “Pelo Direito Universal à Saúde” (PAIM, 2002).

A pedagogia gramsciana torna-se útil quando demarca o papel da Universidade na Reforma Sanitária. Reconhece a Universidade como uma escola de alta cultura e de elaboração crítica e científica, não apenas no seu perfil de ensino e de investigação, mas também como uma estrutura destinada a incidir profundamente na vida cultural da nação. A Reforma Sanitária, enquanto um projeto político-cultural requer da Universidade o seu mais decidido apoio, tanto no seu

momento político quanto na sua dimensão cultural. Mesmo não contando com a participação de toda a Universidade na sua concepção, formulação e implementação, tiveram no espaço acadêmico, aliados significativos para a sua efetivação (PAIM, 2002).

Na década de 1980, no interior do processo de redemocratização do País, notadamente a partir de 1985, emerge um vultoso movimento de múltiplos atores políticos chamados MRS. Um movimento importante no sentido da construção de um sistema de saúde universal, embasado no reconhecimento da saúde como direito de cidadania e na inserção da política de saúde em uma lógica abrangente de seguridade social (FALEIROS; SILVA 2006). A RSB brota da sociedade civil no seio desses movimentos e não se define como programa de governo ou como política social, e sim como um projeto político e cultural (PAIM, 2002).

A 8ª CNS grandioso marco histórico nesse processo, ocorreu em março de 1986, e por onde foi sistematizada e difundida a proposta da Reforma Sanitária, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, onde reuniu pela primeira vez mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários dos serviços de saúde (AROUCA, 1998).

Essa Conferência diferencia-se das demais até então realizadas, por duas características principais: pela significativa presença de milhares de delegados, representativos de quase todos os segmentos interessados na saúde, denotando um caráter democrático; e pela sua dinâmica processual, iniciando por conferências municipais, estaduais, até chegar a de âmbito nacional (MENDES, 1996).

Como desdobramento da 8ª CNS elaborou-se trabalhos técnicos desenvolvidos pela CNRS, cujo teor do relatório final, passaria a constituir no instrumento que viria a influir de forma decisiva em dois processos que se iniciaram, simultaneamente, no ano de 1987. Um no Executivo, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); outro, no Congresso Nacional, a elaboração da nova CF. Com a implantação do SUDS, considerou-se que houve avanço no sistema de saúde do Estado, levando a desconcentração e à municipalização dos serviços de saúde. Enquanto, ao mesmo tempo, no Congresso Nacional, construía-se por intermédio de um consenso parlamentar, o formato constitucional da saúde (MENDES, 1996).

Nessa Conferência, houve um consenso de que para o setor saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma reforma política, social e cultural. Era necessária uma mudança em todo arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da Reforma Sanitária. Após essa Conferência saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que emerge do movimento social. (AROUCA, 1998).

O MRS foi constituído inicialmente por parcela da intelectualidade universitária e profissionais da área de saúde, sendo posteriormente integrado ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. Naquele momento, o movimento estudantil reivindicava a Reforma Universitária e recriminava a Universidade com relação ao descompromisso com a saúde da coletividade (PAIM, 2002).

Na conjuntura política da época, o governo Sarney em 1986, sofreu coação do movimento sanitário para que fosse implementada a reforma, resultando na constituição da CNRS, que teve papel importante, estimulando contatos e articulações com a finalidade de influenciar na elaboração de programas de partidos que disputaram eleições de novembro do mesmo ano, futuros constituintes. Produziram também documentos como subsídios para o capítulo Saúde do projeto constitucional que seria elaborado pela Assembléia Nacional Constituinte (ANC) e posteriormente a LOS (PAIM, 2002).

Entretanto, mesmo após a regulamentação do SUS, pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, havia dificuldades operacionais para que na prática fossem executados todos os seus aspectos constitucionais, uma vez que o trabalho na área da saúde variava conforme a realidade de cada governo estadual ou municipal. E no intuito de reduzir essas dificuldades, o MS passou a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, que veio normatizar as formas de trabalho conjunto entre os entes federal, estadual e municipal, visando aplicar os princípios legais às diferentes realidades locais (NORONHA; SOARES, 2001).

A primeira NOB, do ano de 1991, baseava-se nas normas desenvolvidas pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária e Social (INAMPS), principalmente no tocante aos pagamentos das atividades desenvolvidas pelos governos estaduais e municipais. Tornando-a muito centrada em ações médicas, e

pouco desenvolvendo as ações de vigilância à saúde. Posteriormente foram editadas as Normas Operacionais Básicas, NOB - 93 e a NOB – 96 com o propósito de modificar a norma existente (NORONHA; SOARES, 2001).

A política implementada durante o governo Collor através da NOB - 91 desvirtuou um dos princípios fundamentais do SUS, indo na contramão do processo de descentralização que se encontrava em curso. A NOB – 93 caminhou no sentido de resgatar o processo de descentralização do sistema ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão das esferas infranacionais, incipiente, parcial e semiplena (UGÁ; MARQUES, 2005).

A NOB – 93, além das atribuições já previstas na NOB – 91, instituiu que para um governo – tanto da esfera estadual como municipal – tornar-se apto a receber os repasses da verba federal, obrigatoriamente teria que constituir o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e colocá-lo em funcionamento, além de ser instituído o Fundo Estadual/Municipal de Saúde, tendo conta específica, para que fossem recebidas todas as verbas da área da saúde e financiasse todas as despesas da saúde daquele governo (NORONHA; SOARES, 2001).

Após a regulamentação do SUS, houve um avanço da concepção de seguridade social, disposta na constituição de 1988, porém o que se observa no decorrer na década de 90 é a regressão para as modalidades correspondentes ao seguro e a assistência. Em contrapartida, o agravamento da situação econômica no final da década de 80, e a hegemonia da ortodoxia neoliberal na década de 90, deixa-se de lado a questão social como projeto de desenvolvimento, ganhando-se centralidade a estabilidade monetária (SCOREL, 1999).

Nos anos 90 redefine-se novamente o cenário das lutas sociais no Brasil. Os movimentos sociais populares urbanos dos anos 70-80 alteram-se substancialmente. Alguns entram em crise interna, de militância, de mobilização, de participação cotidiana em atividades organizadas, de credibilidade nas políticas públicas e de confiabilidade e legitimidade junto à própria população. Sem se falar em crises externas, decorrentes da redefinição dos termos do conflito social entre os diferentes atores sociais e entre a sociedade política, tanto em termos nacionais com internacionais, como a queda do muro de Berlim, fim da União Soviética, crise de utopias, ideologias, dentre outras (GOHN, 2010).

Portanto, na década de 1990, o Brasil foi marcado pelo refluxo dos movimentos sociais após a efervescência política dos anos 80. Os atores desses movimentos populares e sindicais pareciam atônitos com a velocidade das contra-reformas que atropelavam os avanços constitucionais, o país se submetia aos ditames dos agentes financeiros internacionais, a subordinação à globalização e aos rumos das políticas econômicas e sociais, e, nesse contexto, a redemocratização conquistada na década de 80 sofre retrocessos na década de 90 (CORREIA, 2005).

No entanto, nos estudos de Oliveira (1994), o mesmo afirma que não há crise dos movimentos sociais, mas no processo de democratização. O que ocorreu, afirma o autor, é uma mudança na forma de interlocução dos movimentos com o Estado. Entretanto, militantes, lideranças, assessores diretos dos movimentos sociais populares sentem a falta da crise, de forma explícita (GOHN, 2010).

Entretanto, os novos atores sociais que emergiram na atualidade, além da diversidade, não se organizam mais da mesma forma, pelo esquema de classes que prevaleceu até a década de 1970, mas em torno de questões como as de gênero, étnicas, ambientais, necessidades de saúde de grupos específicos, dentre outras. A emergência desses movimentos da sociedade civil deu-se, *a priori*, a impressão de uma grande dispersão do movimento social para interesses cada vez mais específicos, defendidos por atores e forças sociais que não se identificavam de forma classista, mas através de novas identidades de cunho cultural. Muitos interpretaram essa tendência como um declínio, ou um colapso do movimento social (BRASIL, 2009).

Diante do contexto abordado, torna-se evidente que os movimentos sociais têm fluxos e refluxos que integram toda a conjuntura de uma nação, considerando seus aspectos políticos, sociais e econômicos.

3.2 PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DO SUS

Há um consenso entre os estudiosos do tema que o termo participação popular se refere a uma concepção populacional mais ampla do que apenas o movimento sindical ou a política partidária. Neste sentido, o termo geralmente se

refere às classes populares, embora possa incluir também a participação da classe média (VALLA, 1998).

Torna-se importante para compreensão do sentido da participação popular, entendermos 'participação social'. Segundo Valla (1998), participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico dentre outros).

No entanto, no Brasil até meados do século XX, a participação social reduzia-se às relações no âmbito familiar, comunitária e individual. No entanto, no período desenvolvimentista a participação era incentivada no sentido que as pessoas tivessem práticas sociais vinculadas aos grandes planos de desenvolvimento da nação (KRÜGER, 2005).

A participação social no âmbito geral tinha um caráter moralista, higienista e procuravam manter o consenso entre os sujeitos sociais, pois não envolviam debate sobre a direção e organização dos serviços públicos. No Brasil a história da participação está vinculada às características da formação capitalista e da nossa cultura política: colônia de exploração, modernização conservadora, latifúndio, formação tardia, corrupção e exclusão das massas populares (KRÜGER, 2005).

Neste sentido, necessita-se levar em consideração a realidade histórico-social e a relação Estado-sociedade para entender a história da participação social no Brasil. A participação compreendida no sentido de resistir à exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo (CARVALHO, 1995). Esse sentido de participação foi construído no processo de redemocratização e resultou no reconhecimento dos direitos sociais na CF de 1988.

As principais razões para a criação dos mecanismos de participação popular foram: a crise de legitimidade das formas tradicionais de representação de interesses nas democracias liberais; a forte demanda por maior participação direta dos cidadãos no processo político; e o estímulo de agências internacionais de desenvolvimento. E dentre as áreas de política pública, a escolha da área de saúde deveu-se a intensa e precoce incorporação de mecanismos participatórios, bem

como atesta a criação de dispositivos participativos em sistemas de saúde de diversos países a partir da década de 1970 (CORTÊS, 2009).

A participação estava associada principalmente ao estímulo de agências internacionais de desenvolvimento à participação da comunidade e também às pressões visando à remodelação das instituições públicas. A Declaração de Cuidados Primários de Saúde, de 1977, elaborada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se uma contribuição relevante e significativa na consolidação das políticas públicas que promoviam a participação popular. Nesta declaração recomenda-se o uso de tecnologias simplificadas para que atingisse toda a população priorizando os menos favorecidos em termos de recursos financeiros; estimulando o autocuidado e a autonomia das comunidades, mobilizando-as para assumir a responsabilidade por sua saúde (CORTÊS, 2009).

A abordagem anterior encontra-se em consonância com o modelo neoliberal, a cidadania, alia-se ao individualismo contemporâneo e torna os sujeitos passíveis às estratégias de produção, enquanto cidadãos de massa. Essa cidadania retira a subjetividade individual, portanto, retira idéias de auto-reflexividade e auto-responsabilidade e, cidadania sem subjetividade, é normalização, dominação (FOUCAULT, 1975; 1976; 1980 apud SANTOS, 1997).

As políticas sociais e de saúde, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, perderam sua visão integradora, caindo numa visão focalista, privilegiando o *locus* como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e de acordo com as necessidades da população. Retrocedem-se a uma visão comunitária onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Existindo por trás de um falso e importado conceito de *empowerment*¹ o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas

¹ *Empowerment* - é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da "ação social" presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (CARVALHO, 2004, p.1090).

majoritárias e crescentes da mesma encontram-se na mais absoluta pobreza (NORONHA; SOARES, 2001).

Entretanto, no contexto de insatisfação vivenciado pela sociedade brasileira, o MS originário nos grupos de profissionais que configuravam uma oposição às propostas para o setor saúde implementadas pelos governos militares, cresce e ganha consistência, ao mesmo tempo em que avança na produção de conhecimento, na crítica ao modelo de política de saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população. Sua importância política, antes negada e combatida, é reconhecida posteriormente, e suas bandeiras conquistam espaço de expressão com o processo de redemocratização; com a flagrante falência do sistema; e piora das condições de vida da população (ESCOREL, 1999).

Com a realização da 8ª CNS, marco singular na história das políticas públicas do país, esse evento marca o início do exercício, na arena do Estado e em larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil nos processos de concertação de interesses e pactação de políticas em saúde (CARVALHO 1995).

Dessa forma, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), pela primeira vez, discute uma proposta de reordenação do sistema de saúde, a qual finalizou na criação do SUS, conforme Brasil (1990), que posteriormente é regulamentado em 1990, pelas Leis nº 8.080 e 8.142, tendo como princípios e diretrizes: a universalidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização, a equidade e a participação da comunidade.

No SUS, a concepção de saúde que o sustenta e articulam seus princípios e diretriz pressupõe um sujeito, que se relacione com os fenômenos saúde/doença de forma socialmente determinada. Para que esse sujeito possa ser considerado como sujeito ativo, é preciso que ele tenha autonomia implicando em formas de promoção e cuidados de saúde. Esse indivíduo, ao se instituir como sujeito coletivo e autônomo face aos interesses oponentes, dono de um saber e, portanto, autorizado a compartilhá-lo, torna a sua participação mais qualificada, enquanto sujeito da participação popular (NAVAS, 2008). Como diz Guizardi (2004), essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, sendo a mobilização estratégia importante nesse processo.

As diretrizes da participação popular e do controle social foram regulamentadas pela Lei 8.142/90. A partir de então, a participação da comunidade, na gestão do SUS, passou a se dar de duas formas, pelos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos ou instâncias colegiadas paritárias, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes de usuários. Eles atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas esferas correspondentes (Federal, Estadual e Municipal). Inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada destas esferas de governo (BRASIL, 1990).

A competência dos Conselhos foi detalhada e ampliada pelas Resoluções 33 de 1992 e 333 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários (STRALEN et al., 2006). Os Conselhos são as instâncias mais permanentes de participação popular e controle social no SUS.

Quanto às Conferências de Saúde, são também instâncias de representação paritárias desses vários segmentos (gestores públicos, prestadores, trabalhadores e usuários), têm por finalidade avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Esse colegiado, em cada esfera pública, deve ser convocado pelo poder executivo, no máximo, a cada 04 anos ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Huber et al. (2003), embora haja dificuldades para a construção do SUS, em decorrência das resistências do antigo modelo, aliadas ao jogo de interesses neoliberal de algumas facções do Estado, que agridem as políticas públicas sociais e o desenvolvimento dos recursos humanos para a efetivação do SUS, muitos avanços já foram conquistados através da promulgação de leis emersas das recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Conquistas essas obtidas pela luta e participação da sociedade e das gestões municipais, estaduais e federal.

As lutas políticas pela democratização das relações sociais, historicamente marcadas por exclusões, pela reificação de desigualdades e autoritarismos, têm no campo da saúde um horizonte promissor, principalmente quando comparado à história do Estado brasileiro e de suas políticas públicas, em especial, as políticas sociais (GUIZARDI, 2008).

Esse caráter inovador pode ser particularmente vislumbrado no SUS com a criação das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, espaços em que o princípio constitucional de participação da comunidade adquiriu configuração institucional, expressando o projeto de democratização do planejamento e execução das políticas de saúde no Brasil. Conselhos e Conferências de Saúde são instâncias de Controle Social que representam o reconhecimento formal da participação política como condição e recurso indispensável à construção do direito à saúde (GUIZARDI, 2008).

Considera-se um avanço da democracia brasileira a participação social por intermédio das instâncias colegiadas do SUS, que neste estudo específico trata-se da participação do segmento dos usuários na arena de uma Conferência Municipal de Saúde onde os atores sociais envolvidos nas questões de saúde pública participam da construção e consolidação do SUS.

3.3 A DEMOCRACIA – CONTEXTUALIZANDO

Em linhas gerais a democracia significa o governo do povo, em detrimento da monarquia e da aristocracia (LÜCHMANN, 2006). De acordo com Avritzer (2000), na primeira metade do século XX houve um momento de crise profunda da democracia.

Max Weber foi o teórico social cuja obra melhor expressou a descrença do século com relação à democracia. Ele antecipou em sua obra, duas questões que se tornariam ao longo da primeira metade do século XX, elementos de uma concepção decisionística de deliberação: o primeiro seria o ceticismo em relação a debates envolvendo culturas distintas; o segundo seria que a participação administrativa seria contraditória tanto com a participação quanto com a argumentação. Com relação ao primeiro, Weber percebeu já no início do século uma tendência à

pluralização cultural. Entendia que as divergências culturais, externas ao Estado Nacional, constituíam-se em um problema vital à democracia (AVRITZER, 2000).

A partir da construção histórica de instituições como o Estado e o modo capitalista de produção, a democracia se constituiu na era moderna em bases muito diversas da concepção que a originou. Dessa forma, outro processo histórico se destaca justamente pela forte correlação com ambas as questões. Esse processo foi a racionalização da sociedade, que Weber (1982) denominou “desencantamento do mundo” (VIZEU; BIN, 2008).

Entretanto, a democracia tem sido considerada um modo deliberativo e político que caracteriza intensamente a modernidade, embora tenha sido constituída em época remota, praticamente não há Estado no mundo atual que não se intitule “democrático”, não obstante a diversidade de sistemas de governo que possam ser associados ao termo. A ideologia democrática moderna foi inicialmente condicionada pelos interesses de igualdade e de justiça social, que somente puderam ser concretizados ao se estabelecer um Estado de Direito, que se realizou pela institucionalização de um sistema jurídico complexo e formal, consolidado em bases racionais - legais (VIZEU; BIN, 2008).

A racionalização observada na modernidade, como afirma Habermas (1987) em sua obra, que propugnou a impessoalidade das regras, retirou o indivíduo de cena e fez do Estado um ente superior, colocando em questão o próprio ideal democrático, já que comprometia a emancipação e criava a coerção pela racionalidade técnica e sistêmica da burocracia. Embora, tinham surgido movimentos sociais cuja idealização se aproxima daquilo que seria o núcleo original do conceito de democracia, à medida que visa à participação política mais efetiva do cidadão (VIZEU; BIN, 2008).

No Brasil as novas democracias que se institucionalizaram no período denominado Terceira Onda Democrática, mostram algumas das características formais das democracias, entre as quais uma constituição, separação de poderes e eleições competitivas, tanto no âmbito legislativo como executivo e, ao mesmo tempo proporcionam liberdade política aos cidadãos (BAQUERO, 2009).

Entretanto, os conhecimentos sobre participação e representação, elementos centrais da teoria democrática, demarcam historicamente as principais trajetórias da constituição de modelos de democracia (LÜCHMANN, 2007).

Trata-se de dois conceitos que registram diferenças significativas nas orientações normativas acerca da melhor forma de governo, tendem a ser dicotomizados nas reflexões e proposições teórico-analíticas, transportando uma disputa de representações e orientações acerca do significado e do papel da política e da democracia em nossas sociedades. Apesar de referenciados na idéia de participação política, ambos os conceitos armazenam, com orientações diversas, dois modelos centrais de organização política democrática. Democracia representativa, e democracia participativa (LÜCHMANN, 2007).

3.3.1 Democracia Representativa e Democracia Participativa ou Deliberativa

Na democracia o significado de povo e o sentido de sua participação apresentam importantes variações. Assim, temos os dois modelos que parecem reunir cada qual e apesar de diferenças internas, algumas características que conformam os paradigmas mais gerais da teoria democrática, quais sejam: o modelo da democracia representativa e da democracia participativa (LÜCHMANN, 2006).

A democracia representativa ancora-se na idéia de que as decisões políticas são derivadas das instâncias formadas por representantes escolhidos por sufrágio universal, como se sabe, a participação política da população ocorre no contexto do processo eleitoral (LÜCHMANN, 2007). Constitui em um conjunto de regras que reduzem o espaço da política e da participação, em uma vertente realista ou elitista, se reveste em um modelo ou mecanismo de escolha de líderes políticos pautado na competição entre os partidos através do voto, equiparando a dinâmica política ao jogo do mercado (LÜCHMANN, 2006).

É consenso entre um número significativo de autores que a democracia representativa tal como se consolidou no século XX não tem sido capaz de dar conta dos sérios problemas sociais e culturais que o mundo contemporâneo apresenta. Sejam seus limites entendidos como decorrência de uma crise da representação,

sejam vistos como uma condição da própria natureza desse modelo, a solução encontrada pelos críticos aponta para formas alternativas de participação, tanto no sentido de substituir a representação, como no de criar instrumentos que favoreçam a *accountability*² (PINTO, 2004).

Ao passo que o modelo da democracia participativa, por sua vez, assentado na idéia de que compete aos cidadãos, no seu conjunto, a definição e autorização das decisões políticas. Busca-se ampliar sobremaneira as responsabilidades políticas, estendendo os espaços e os sujeitos da deliberação pública (LÜCHMANN, 2007).

Neste contexto, novos atores buscam legitimidade na representação de interesses e demandas perante o Estado. No Brasil, foi a partir da CF de 1988, com a institucionalização dos mecanismos de participação social no SUS por intermédio das conferências de saúde, constituída por seus legítimos representantes, objeto deste estudo, que legitima a participação desses novos sujeitos sociais na construção das políticas públicas de saúde, com isso alterando a configuração tradicional do modelo democrático até então vigente, constituindo a denominada democracia participativa.

A democracia participativa privilegia, principalmente, o reconhecimento do outro como um sujeito com direito de fazer valer a sua vontade individual dentro de um processo que visa ao acordo coletivo. Apesar de aparentemente utópica, essa premissa se fundamenta na possibilidade de aceitação ou não da argumentação dos outros sujeitos falantes, e na reconsideração dos próprios motivos e alegações tendo por base outros motivos mais razoáveis que os nossos próprios (VIZEU; BIN, 2008).

Nos estudos de Pateman (1992), o mesmo compreende a participação como educativa, promovendo por meio de um processo de capacitação e conscientização tanto no âmbito individual como coletivo, o desenvolvimento da cidadania, cujo

² *Accountability* - é um conceito da esfera ética com significados variados. Frequentemente é usado em circunstâncias que denotam responsabilidade, imputabilidade, obrigações e prestação de contas. É uma avaliação retrospectiva, especialmente quando se trata de representantes eleitos que não podem ser forçados a cumprir as promessas e programas enquanto estiverem no cargo, mas que podem ser punidos por seus atos e omissões nas eleições subseqüentes (ARATO, 2002, p.91).

exercício se configura como requisito central na ruptura com o ciclo de subordinação e de injustiças sociais (LÜCHMANN, 2006).

Entende-se que por intermédio deste referencial teórico torna-se possível situar e compreender, no bojo de um contexto, o objeto deste estudo.

3.4 CONTEXTUALIZANDO A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Segundo Cordeiro (2001), a generalização de processos de reforma da saúde na América Latina, atribui-se à falência ou ao “esgotamento” dos modelos de desenvolvimento que, durante cerca de 50 anos, fizeram parte das teorias, ideologias e políticas dos países da região na tentativa da superação das insuficiências de crescimento econômico e social, dado que esses países não cresciam a uma taxa mínima para satisfazer as demandas crescentes de bem-estar das suas populações.

Na primeira metade da década de 1980, as estratégias utilizadas para enfrentar tais dificuldades basearam-se em políticas focadas em gastos com subsídios diretos aos pobres, inspiradas nas tecnologias simplificadas das recomendações de Alma-Ata. A crise fiscal dos anos 80 reduziu os recursos para os programas de vigilância sanitária, comprometendo a efetividade de ações de controle de epidemias e de endemias, além de impossibilitar novos investimentos para a ampliação de cobertura decorrente das pressões geradas pelo crescimento das cidades e empobrecimento das populações rurais e urbanas (CORDEIRO, 2001).

As reformas de saúde, estimuladas pelas agências internacionais, tomaram impulso a partir de modelos definidos como de pluralismo estruturado, como um ponto intermediário entre um setor estatal pouco eficiente e “inchado” e a atomização da rede privada. As reformas deveriam ser aceleradas no sentido de expandir a cobertura, visando à maior equidade, propiciar viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde, melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários (CORDEIRO, 2001).

Simultaneamente, intensificaram-se as lutas e os movimentos de democratização em diversos países da América Latina, inclusive no Brasil, onde o processo empolgou a sociedade e mobilizou grupos sociais, partidos políticos e entidades civis. As iniciativas de reformas de saúde fizeram parte deste período, agregando-se às lutas da redemocratização do país, às lutas pela universalização do direito à saúde e às estratégias de municipalização e de participação social no sistema de saúde (CORDEIRO, 2001).

Entretanto, o tema da Reforma Sanitária do Brasil foi introduzido em nosso meio pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das escolas médicas, alcançando uma parcela dos profissionais de saúde e parte da sociedade brasileira, constituindo o que se convencionou denominar de MRS, de caráter nacional, e que veio impulsionar sua atuação no momento da transição do regime de ditadura militar para um governo civil (ELIAS, 1993). Esse movimento pela democratização da saúde tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de 1970, possibilitando a formulação do projeto da RSB, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico crítica (PAIM, 2007).

A Reforma Sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Na construção desse projeto, suas bases teóricas encontram-se embasadas na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva (FLEURY, 2009).

O cientista político Gramsci introduz em sua obra uma nova concepção, ao compreender o Estado, para além de suas funções repressivas de tutela de uma sociedade de classes, como exercendo um papel fundamental em sua função pedagógica de construção, consolidação e reprodução da direção cultural da classe hegemônica. Inicia-se a concepção do marxismo contemporâneo sobre o Estado causando uma ruptura com as concepções já existentes. O Estado ético, ou civilizatório, corresponderia à elevação das massas, por meio de políticas públicas, ao nível cultural correspondente ao desenvolvimento das forças produtivas. Portanto, o Estado cumpre um papel fundamental na consolidação dos avanços do processo civilizatório (FLEURY, 2009).

Apoiar-se no modelo marxista, a partir de categorias desenvolvidas por Gramsci, tais como hegemonia e guerra de posições, fazer uso desses conceitos

tem por objetivo retirar a luta pela transformação da situação de saúde da população brasileira de um cotidiano específico para visualizá-la como parte da luta pela transformação da sociedade brasileira (ELIAS, 1993).

O discurso da RSB constitui-se a partir de uma parcela da intelectualidade universitária da área da saúde, e ganha espaço na sociedade, sobretudo através do CEBES, atingindo assim parte dos profissionais da área, e, posteriormente, representantes das Centrais Sindicais e alguns parlamentares. Associam-se a estes setores, representantes dos Movimentos Populares de Saúde e algumas entidades associativas de profissionais de saúde e tem-se o denominado MRS que teve grande atuação durante a 8ª CNS realizado em 1986 e no período pré e pós Assembléia Nacional Constituinte (ELIAS, 1993).

O relatório da 8ªCNS considera como uma das questões centrais à reforma sanitária e definidora dos novos rumos da Política Nacional de Saúde, e devendo estar assegurada constitucionalmente a criação de um sistema único de saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária (BRASIL, 1986). Entretanto, neste contexto, de muitos percalços e com apoio da ABRASCO consegue-se instalar a CNRS, que se trata de um marco importante no processo da RSB, uma vez que a mesma é considerada um projeto social político e cultural (PAIM, 2007).

Promulgada a CF de 1988, cria-se o SUS, institucionalizado e regulamentado pelas leis orgânicas Nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990). No entanto, a condução política do projeto da Reforma Sanitária deslocou-se para os gestores o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), para parlamentares (Frente Parlamentar de Saúde) e para associados (Plenária dos Conselhos de Saúde) (AROUCA, 1998).

Expressando desta forma a mudança de correlações de forças, tendo como efeito a evidencia maior nas dimensões setorial, institucional e administrativa da Reforma Sanitária, representadas pelo SUS, mais do que uma fragilidade da própria natureza reformista do projeto. Precisamos retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária que não se resumam à criação do SUS, ela mostrava que o

conceito de saúde e doença estava ligado ao trabalho, saneamento, lazer e cultura, dentre outros (AROUCA, 1998).

Nesta conjuntura, o movimento sanitário, a partir de 1983, passou a ocupar os espaços institucionais, que era estratégico politicamente, no entanto, tendeu a perder de vista a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares o que Berlinguer (apud PAIM, 2007) chamou de o “verdadeiro caráter revolucionário da reforma sanitária que é a saúde das pessoas”. No dizer de Carvalho (1995, p. 48) o movimento sanitário tem o papel de agente “portador coletivo e obstinado da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde, como elemento estratégico do processo de reforma em saúde”.

Daí a necessidade de fincar o projeto RSB nas instâncias sócio-comunitárias, ampliando a sua base de sustentação política, continua como desafio central para a sustentabilidade do projeto e avanço do processo (PAIM, 2007).

A Reforma Sanitária do Brasil é concebida inicialmente deste a construção do seu projeto, passando pela realização da 8ª CNS, como uma reforma ampla, uma mudança de valores políticos, sociais e culturais. No entanto, apesar de várias conquistas alcançadas, ainda na atualidade vê-se a sociedade civil e demais segmentos usuários do SUS conclamando a melhoria e a consolidação deste sistema de saúde e a reforma como um processo inacabado.

3.5 CONTROLE SOCIAL NO SUS

No contexto da redemocratização do Brasil, das lutas dos movimentos sociais, a década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito. A 8ª CNS tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte (BRASIL, 1987), culminando com a criação do SUS e da inscrição, na CF de 1988, da participação da comunidade, diretriz do SUS, criada pelo artigo 198, cujo inciso III – da participação da comunidade - assegura essa participação (BRASIL, 1988).

Promulgada a CF de 1988, cria-se o SUS, que posteriormente foi institucionalizado e regulamentado pelas leis orgânicas Nº 8.080/90 e 8.142/90. O SUS constitui-se de um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, das fundações mantidas pelo Poder Público e de forma complementar pelo setor privado contratado e conveniado, com uma direção única por esfera de governo, que tem como princípios e diretrizes: a universalidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização, a equidade e a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (BRASIL, 1990).

Com a democratização e a descentralização amplia-se espaço para inúmeras experiências de participação popular em arenas de decisão de políticas públicas (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). A diretriz da participação popular e o controle social foram regulamentados por legislação específica, a Lei 8.142/90, na qual a participação da comunidade, na gestão do SUS, dá-se de duas formas: Conselhos e Conferências de Saúde.

No entanto, Stotz (2006), considera que com relação à inserção da participação social, o texto da CF de 1988 fica bastante limitado, aquém da formulação da 8ª CNS ao se referir às diretrizes de organização do SUS menciona apenas participação da comunidade.

Neste contexto, insere-se o objeto de estudo desta dissertação, esses novos atores sociais que surgem, os usuários, que no caso trata-se dos delegados representantes deste segmento em uma conferência de saúde. Entretanto, o controle social no contexto da história de democratização das políticas de saúde foi um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, tanto por meio de denúncia, nos espaços onde ocorrem ausências e omissões dos serviços instalados, como pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (SPOSATI; LOBO, 1992).

Neste sentido, as últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes (BRASIL, 2009), acreditando ser condição imprescindível para a consolidação do SUS.

Todavia, nos estudos desenvolvidos por Moura (2009), a mesma relata que de forma geral, a representação política exercida por atores da sociedade civil nas instâncias colegiadas do SUS, é coletiva e ocorre através de um conglomerado heterogêneo de organizações que atuam em nome de segmentos específicos, diferindo da representação de interesses pessoais ou individuais. Possuindo essas entidades formatos organizacionais os mais diversos e relações com seus públicos nem sempre explícitas, por vezes apenas simbólicas.

No decorrer da pesquisa para realização deste estudo é perceptível os avanços alcançados pela sociedade brasileira com a redemocratização do país, a promulgação da nova CF de 1988, no entanto, percebe-se também a necessidade revigorar a participação social e fortalecer os mecanismos de controle social no SUS.

3.6 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO BRASIL

Contextualizando sobre 'Conferência de Saúde no Brasil' torna-se pertinente conhecer historicamente a referida temática a partir da Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, que fica estabelecida nova organização ao Ministério da Educação e Saúde, onde se institui tanto a Conferência Nacional de Saúde como a Conferência Nacional de Educação, "com o intuito de facilitar o Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o país e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais" (BRASIL, 1941, p.5).

Em 1941, o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, em sua exposição de motivos (BRASIL, 1941), ao presidente da República, Getúlio Vargas, para a convocação das primeiras Conferências Nacionais de Educação e Saúde, assinalava serem "órgãos destinados a promover o permanente entendimento deste

Ministério com os governos estaduais no terreno da administração dos negócios de sua competência” (BRASIL, 1941, p. 5).

Atribuiu-se às Conferências quando de sua institucionalização, o papel de promover o intercâmbio de informações e, por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros. Não há qualquer menção a processos deliberativos.

Nos últimos sessenta e cinco anos (1941-2007), foram realizadas 13 Conferências Nacionais de Saúde (CNS), em contextos políticos diversos e cujas características em termos de composição, temários e deliberações foram muito diferentes entre si. Podem ser caracterizados cinco momentos das Conferências Nacionais de Saúde a partir da periodização, parcialmente modificada: 1ª a 2ª CNS – Sanitarismo Clássico (1941-1962); 3ª e 4ª CNS - Transição (1963-1974); 5ª a 7ª CNS - Modernização Conservadora e Planejamento Estatal (1975-1985); 8ª e 9ª CNS – Reforma Sanitária (1986-1992); e 10ª a 12ª CNS – (1996-2003) - Consolidação do SUS. (SAYD; VELANDIA apud ESCOREL; BLOCH, 2005). E no ano de 2007, ocorreu a última Conferência no Brasil, a 13ª CNS, com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento” (ESCOREL; BLOCH, 2005).

A 1ª CNS foi realizada em 1941, antes da Nova República, cujo decreto de convocação estabelecia que seu objetivo seria ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía (BRASIL, 1941). Realizou-se num período em que os setores de educação e saúde eram de responsabilidade de um mesmo Ministério de Educação e Saúde (BRASIL, 2009).

No final do governo Dutra, somente em 1950, foi realizada a 2ª CNS, embora a determinação legal de convocação fosse a cada dois anos, com um temário destinado a analisar “Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas”, pretendia

construir uma compreensão sobre os problemas sanitários compartilhada entre os gestores estaduais e os do nível federal (BRASIL, 2009).

A 3ª CNS, convocada pelo presidente João Goulart, foi realizada apenas em 1963, treze anos após a realização da 2ª conferência. Seus integrantes eram ainda representantes do governo federal e dos estados e território, mas significou uma primeira ampliação dos atores participantes, onde se estabeleceu que os dirigentes dos estados poderiam fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos. Seu temário também expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde (BRASIL, 2009).

Entretanto, o golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de 1970 (BRASIL, 2009).

No ano de 1967, foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde, assim como as três subseqüentes realizadas durante o regime militar, retomaram o caráter de espaço de debate técnico, com a participação de especialistas nos temas debatidos e das autoridades do MS, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e dos estados e territórios. Teve como tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, focalizando a identificação das necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do MS e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde (BRASIL, 2009).

A 5ª CNS, realizada em 1975, durante o governo de Ernesto Geisel, dedicou-se a discutir cinco temas. O primeiro deles era a implementação da Lei n. 6.229/75, que havia sido aprovada em julho do mesmo ano, criando o Sistema Nacional de Saúde e distribuindo as atribuições entre o MS (responsável pelas ações coletivas de saúde pública) e o Sistema de Assistência Médica Previdenciário, (responsável por ações de assistência à saúde individual). A principal contribuição da 5ª conferência foram às propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 2009).

Realizada dois anos depois, a 6ª Conferência Nacional de Saúde, também teve seu temário direcionado à avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais: A situação atual do controle das grandes endemias, a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde, e o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (PIASS). O que a distinguiu das demais foi a reintrodução de um debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, compreendida como um corpo de doutrina para fins operacionais que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população ou pelos seus representantes e lideranças (BRASIL, 1977). Já se anunciavam, nessa formulação, algumas das demandas sociais relacionadas à democratização de processos decisórios, que começavam a se expandir nesse período.

A 7ª CNS, realizada em 1980, convocada no governo de João Batista Figueiredo. Teve como tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Embora o temário contemplasse temas como articulação inter-setorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária e outros, o eixo dos debates foi a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal (BRASIL, 1980).

Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986, já no período da Nova República, marca-se o momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema, que teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do MRS (BRASIL, 2009). Essa conferência constitui o marco de transformação desse fórum, por alterar a composição dos delegados e aprofundar a discussão dos temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte culminando na inscrição, na CF, da participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS, criado pelo artigo 198, cujo inciso III assegura essa participação (BRASIL, 2004).

O temário da 8ª CNS era composto pelos seguintes itens: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor. Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes

segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Destacamos ainda o papel da CNRS, que tinha como propósito, elaborar propostas tanto para os dispositivos constitucionais quanto para a legislação posterior, que os regulamentaria. A ampla legitimidade conquistada ao longo do processo de mobilização em torno da Reforma Sanitária aliada à capacidade de elaborar propostas foram fatores cruciais para que o texto constitucional aprovado em 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90), contemplassem a maior parte das proposições da VIII CNS e da CNRS (BRASIL, 2009).

A partir da CF de 1988, com a LOS a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências, foram instituídas as Conferências e os Conselhos de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal como instâncias colegiadas do SUS, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo. As Conferências propõem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação de saúde, os Conselhos formulam estratégias e controlam a execução das políticas e as instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde), implementam as políticas e homologam as deliberações dos Conselhos (BRASIL, 1990).

Sancionada a Lei 8.142/90, ficou estabelecido que a CNS fosse realizada a cada quatro anos, “com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo poder Executivo ou extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. A composição dos participantes das Conferências Nacionais de Saúde ficou vaga (“representação dos vários segmentos sociais”), comparada à dos Conselhos de Saúde, que foi determinada com “representação do governo (25%), trabalhadores da saúde (25%) e usuários (50%)”. Ficou estabelecido, também, com a Lei 8.142/90, que tanto nos Conselhos como

nas Conferências “a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (ESCOREL; BLOCH, 2005).

A regulamentação dos dispositivos constitucionais de 1988, com a aprovação da LOS, muda radicalmente a configuração dos dois fóruns, os Conselhos e as Conferências de Saúde. A Lei n. 8080/90 estabelece em seu art. 7º, inciso VIII, a participação da comunidade como princípio estruturante do SUS e no art.12 determina a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Mas é na Lei n. 8142/90, que dispõe sobre a participação social no SUS, que são definidas as instâncias colegiadas nas quais a participação se realizará em todas as esferas de gestão do sistema: Conferências e Conselhos de Saúde (BRASIL, 2009, p.30).

A primeira a se realizar a partir da lei foi a 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, obedecendo-se a partir desta o intervalo de quatro anos, com exceção da 12ª convocada em 2003, apenas três anos depois da anterior. A 9ª Conferência Nacional de Saúde deveria ser realizada em princípio de 1990, mas só ocorreu em agosto de 1992, por conta de diversos adiamentos promovidos pelo governo Collor de Mello (BRASIL, 2009).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde teve por tema central: “Municipalização é o caminho” e como temas específicos: sociedade, governo e saúde (com subtema: seguridade social); Implementação do SUS; Controle social e Outras deliberações e recomendações. As principais contribuições da 9ª conferência para a Política Nacional de Saúde foram: a descentralização – defesa dos municípios como atores no cenário setorial; a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do INAMPS, que ocorreu no ano seguinte (BRASIL, 2009).

A 10ª CNS, realizada em 1996, tinha por temas: saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde; Financiamento da saúde; Recursos humanos para a saúde; e Atenção integral à saúde. Os participantes da 10ª conferência manifestaram desavença com o MS em relação à publicação da portaria relativa à Norma Operacional n. 01/06, pelo fato do seu conteúdo não ter sido negociado previamente (BRASIL, 2009).

A 11ª CNS foi realizada em 2000. Teve por tema central: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (BRASIL, 2001). A 12ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2003, tendo por tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, com dez eixos temáticos específicos. Contou com a participação de “mais de 4.000 cidadãos” (BRASIL, 2004).

A 13ª CNS teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, e seus debates foram organizados em torno dos seguintes eixos temáticos: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde (BRASIL, 2009).

Portanto, Conferências e Conselhos de Saúde constituem-se em espaços estabelecidos no marco legal para a participação social. Ainda que sua existência remonte aos anos 30 do século XX, somente a partir da CF de 1988 que assumem o caráter de espaço público que hoje apresentam. No período anterior à Nova República, como visto, as conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado (BRASIL, 2009).

3.7 A IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

No município de Salvador foram realizadas dez (10) Conferências Municipais de Saúde. Sendo que no ano de 2007, foi realizada a IX Conferência Municipal de Saúde, com o tema *Saúde e Qualidade de Vida: Desafios para Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI*.

As Conferências devem ser realizadas pelos três níveis de governo. A Lei 8.142/90 determina que a Conferência Nacional seja realizada a cada quatro (04) anos, sendo que em âmbito Municipal e Estadual este prazo pode ser reduzido por determinação legal (BRASIL, 2007).

No ano de 2007, foram realizadas em Salvador, 12 (doze) pré-conferências distritais de saúde, como etapa preparatória para a 9ª Conferência Municipal de Saúde (CMSS). Estas se constituíram em espaços de fundamental importância para ampliar o debate em torno da temática central da Conferência Municipal. Neste processo, foram retirados os delegados do segmento religioso, associativo, de trabalhadores de saúde e gestores. Posteriormente, em duas plenárias de usuários, foram retirados os outros segmentos que compõem o grupo de usuários. Os trabalhadores de saúde realizaram também duas plenárias para retiradas de seus delegados (BAHIA, 2007).

Na 9ª CMSS estiveram reunidos 228 delegados (representantes dos três segmentos), cerca de 210 observadores e 60 convidados que participaram ativamente nas discussões dos grupos de trabalho, distribuídos em sete eixos temáticos, relevantes para a questão da saúde: Promoção da Saúde; Vigilância à Saúde; Gestão do Sistema de Saúde; Ampliação do Controle Social; Saúde da Mulher e da Criança; Saúde da População Negra e Gestão de Pessoas (BAHIA, 2007). Na perspectiva de desenvolvimento desta dissertação, torna-se importante destacarmos dois desses eixos, Gestão do Sistema de Saúde e Ampliação do Controle Social.

A construção desses dois eixos temáticos de interesse para este estudo se encontra referenciada no *Pacto de Gestão do SUS*, sendo que este pacto surgiu diante das necessidades encontradas para a consolidação do SUS, apesar do mesmo ter evoluído muito e já transcorreu duas décadas do seu processo de institucionalização, implantação e implementação, principalmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Esse processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores com a responsabilidade de enfrentar desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BAHIA, 2007).

O MS, o CONASS e o CONASEMS frente a essa necessidade, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde (BAHIA, 2007).

O Pacto de Gestão possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS, guardando coerência com as diferenças loco - regionais, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, promove inovações nos processos e instrumentos de gestão (planejamento, regulação, controle e avaliação) redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BAHIA, 2007, p.18).

O Pacto de Gestão deve contemplar os princípios do SUS previstos na CF de 1988 e na Lei nº. 8.080/90 e apontar para a construção de um modelo de atenção à saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira. Desta forma, o objetivo do Pacto é melhorar a qualidade e a eficiência da Gestão do SUS (BRASIL, 2005, p.9).

Em um processo de pactuação da gestão no âmbito do SUS, torna-se implícito e necessário que haja simultaneamente um Pacto Social. Os gestores irão tomar decisões em nome das comunidades que legalmente representam por delegação, especialmente no que se refere à regionalização do Sistema de Saúde (BRASIL, 2005). Portanto, torna-se necessária a ampliação do controle social.

O princípio federativo estabelecido pela CF e a falta de uma instância regional institucionalizada torna imprescindível uma maior transparência na movimentação intermunicipal de recursos públicos e de usuários do SUS. Nesse contexto cresce a importância do Controle Social, por meio de fóruns ou colegiados regionais de conselheiros de saúde e exige o fortalecimento dos Conselhos de Saúde Locais (BRASIL, 2005, p.47).

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da RSB, articula as ações que visem

qualificar e assegurar o SUS, como política pública. É a expressão da necessidade de um movimento de repotilização da saúde, diante de uma evidente estratégia de imobilização social e buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes Federados, o que inclui regulamentação da emenda constitucional nº. 29 pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2006).

Esse pacto vem reconhecer ainda mais a importância do controle social com ações que devem contemplar: a necessidade da articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania; tendo a questão da saúde como um direito; o estabelecimento de diálogo com a sociedade; além dos limites institucionais do SUS; ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania (BAHIA, 2007).

4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) possui caráter interdisciplinar e tem suas raízes em diferentes áreas, particularmente nas ciências humanas e sociais, destacando-se a antropologia, a sociologia, sobretudo a psicologia social, sendo nesta última que as representações sociais ganham uma teorização (ARRUDA, 2002).

Portanto, considera-se pertinente neste estudo da área de saúde pública, que ora se apresenta com viés na psicossociologia, utilizá-la como suporte, buscando investigar na arena de uma conferência de saúde, a compreensão de uma realidade social.

O estudo das representações sociais tem larga expressão em investigações qualitativas, possuindo diversas abordagens metodológicas. Avalia a forma como o indivíduo se conduz no ambiente social, material e ideativo, orientando a conduta, a comunicação social e estabelecendo uma realidade sociocultural comum (MINAYO et al., 1999).

A decisão de valorizar o estudo das representações sociais como categoria analítica na área de saúde pública baseia-se na crença de que essa valorização representa um avanço, significa efetuar um corte epistemológico que contribui para o enriquecimento e aprofundamento dos antigos paradigmas das ciências psicossociais. De uma forma mais ampla para a sociedade do conhecimento, abordar e realizar pesquisas utilizando essa teoria pode ser considerado indispensável no sentido da compreensão da sociedade. Foi na interface entre a psicologia e a sociologia, no bojo desta conjuntura, que possibilitou tornarem-se visíveis aspectos do comportamento humano, os saberes individuais e coletivos responsáveis pelo desenvolvimento da psicologia social (PS).

Inicialmente vale reportar-se às Representações Coletivas de Durkheim, de onde foi originada a TRS de Moscovici. A Teoria das Representações Coletivas (1912) de Durkheim, em sua concepção sociológica, que tem bases na teoria do fato social, a qual considera a sociedade importante, no que diz respeito à maneira de agir, de pensar e de sentir, exteriores ao indivíduo, desse modo capaz de exercer coerção externa sobre o indivíduo (NÓBREGA, 2001).

Nessa perspectiva, deveria existir uma sociologia objetiva e científica, conforme o modelo de outras ciências (das ciências naturais, dentre outras). Portanto, o estudo científico do fenômeno social deve ser objetivo e, sua explicação, sob os princípios de causa e efeito. É a essa dicotomia entre pessoa/ sociedade, sujeito/objeto, externo/interno, que se opõe a teoria das representações sociais (NÓBREGA, 2001).

Moscovici baseado nesta teoria das representações coletivas, e admitindo a existência de uma lacuna, ao considerar as representações sociais estáticas e impermeáveis à instabilidade das mudanças individuais chegou até o conceito de representações sociais.

O estudo das representações sociais relaciona-se às tendências da Psicologia Social Européia, que se diferencia da corrente que teve sua origem e desenvolvimento, nos Estados Unidos. Notadamente, a Psicologia Social Americana é marcada pelo individualismo, experimentalismo, microteorização, cognitivismo e a-historicismo. Todavia, por outro lado, a vertente européia se coloca num movimento de retro-revolução, buscando recuperar seu caráter com ênfase maior no social. A Psicologia Social Européia torna-se, então, com promissor desenvolvimento pela sua disposição crítica e inovadora (SÁ, 1996).

A construção epistemológica da PS tem raízes no século XIX com a influência da física social de Comte (1828) e Quételet (1869); a linguística de Lazarus (1882); a psicologia dos povos de Wundt (1960). Até os trabalhos de Ross e McDougall (1908) o primeiro sobre a PS e o segundo sobre as características mentais do homem como importante para vida em sociedade. Ambos os estudos de relevância para a definição da PS (VALA; MONTEIRO, 2006).

A TRS surge como outras contribuições importantes, contrariando o paradigma dominante na época, na Psicologia e nas Ciências Sociais. Na Psicologia ainda prevalecia o enfoque sintetizado no behaviorismo, voltado para o experimental, onde se estabelece os limites daquilo que se considera científico. A teoria proposta por Moscovici volta-se para fenômenos marcados pelo subjetivo, captados indiretamente, cujo estudo se baseava em metodologias pouco habituais na psicologia da época, fugia aos cânones da ciência psicológica normal de então. Havia necessidade de espera de aproximadamente vinte anos para que o paradigma vigente permitisse despontar novas possibilidades divergentes (ARRUDA, 2002).

A TRS foi formulada no início da segunda metade do século XX, por Serge Moscovici, em *La psychanalyse: Son image et son public* (1961), na qual o autor reconhece a existência das representações sociais como uma nova forma característica de conhecimento na era (DUVEEN, 2003). A teoria proposta por Moscovici, embora tenha causado impacto entre os intelectuais franceses, aparentemente não vingou de imediato, fazendo sua reaparição com vigor no início dos anos 80 (LIBERAL, 2006).

A perspectiva moscovicianiana permaneceu contida no Laboratório de PS da École de Hautes Études en Sciences Sociales, em Paris, e nos laboratórios de colegas como Claude Flament, Jean Claude Abric, no sul da França, e outros estudiosos também interessados na teoria, de forma mais dispersa, na Europa (ARRUDA, 2002).

As condições da produção das representações sociais são consideradas o seu pilar de sustentação, ou seja, as grandes responsáveis pela possibilidade de explicação, de interpretação do sentido que os grupos atribuem ao objeto representado. Elas afirmam com intensidade a marca social das representações, assim como seu estatuto epistemológico marca a sua função simbólica, e os processos e estados, o seu caráter prático (JODLET, 2001).

A representação se origina em um sujeito (individual ou coletivo) e se refere a um objeto, que toda representação é representação de alguém e de alguma coisa, se refere a um objeto e tem um conteúdo, sendo que o alguém que a formula é um sujeito social imerso em condições específicas de seu espaço e tempo. Alguns fatores podem ser levados em consideração na produção das representações, que são: a cultura, a comunicação e a linguagem, e a inserção socioeconômica, institucional, educacional e ideológica (JODLET, 2001).

Na formulação da TRS, Moscovici apropria-se da psicanálise, a toma como objeto de pesquisa e, dessa forma procura compreender como o conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, difunde-se enquanto 'saber prático do senso comum'. Tem como propósito interpretar a realidade cotidiana da vida moderna; pensar o homem e os acontecimentos sociais; mudar a realidade ao ser inserida como instrumento de transformação; orientar o comportamento das pessoas, ao ser caracterizado como processo criativo, de elaboração cognitiva e simbólica; e explicar

a maneira pela qual o novo é concebido nos processos de interações sociais e, contrariamente, como estes produzem representações sociais (NÓBREGA, 2001).

Nos estudos sobre a representação da psicanálise, Moscovici verificou que a criação coletiva, está organizada e estruturada na forma de representações sociais. Ao passo que, verificando que são influenciadas pelos diferentes tipos de comunicação de uma dada sociedade, em mesmo tempo, as representações tornam possível a comunicação entre os sujeitos sociais. E que nas abordagens das mensagens ou conhecimento por diferentes grupos, elas organizam-se de forma diferenciada, ou seja, de acordo com seu conteúdo, as representações sociais produzem diferentes sistemas de comunicação e orientações para a ação. Em sua investigação sobre a relação entre os meios de comunicação de massa e o senso comum, Moscovici observou que os diferentes grupos representavam a psicanálise de formas diferenciadas, assim como os tipos de comunicação sobre tal objeto eram estruturados de formas diferentes (PAULINO, 2007).

Moscovici busca por meio desta teoria, inovar um social dinâmico, com o propósito de científicá-lo, o que a diferencia da teoria de Durkheim é o fato de levar em consideração a diversidade dos indivíduos e dos grupos; e outro ponto que merece destaque é o reconhecimento da importância da comunicação enquanto fenômeno que possibilita convergir os indivíduos numa rede de interação social ou vice-versa. (NÓBREGA, 2001).

Contextualizando, considera-se que a ciência não acontece de forma isolada da sociedade, devemos analisar que o período que vai do fim dos anos 60 ao início dos 80 trás à tona novos personagens (SADER, 1988). São atores sociais que explicitam com vigor suas demandas, propondo à ciência a incorporação de novos conceitos na análise da realidade social ou levando-a a repensar categorias, considerando-os, como é o caso da noção de novos movimentos sociais.

A TRS elaborava um conceito para trabalhar com o pensamento social, partia da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são móveis, e define duas delas, existentes nas nossas sociedades: a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo, diferenciando não por questão hierárquica nem por isolamento entre elas, mas por propósitos diversos. O universo consensual seria aquele que se constitui notadamente, na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o

universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. No entanto, ambas tenham propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. As representações constroem-se amiúde na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques (ARRUDA, 2002).

4.1 PROCESSOS DE FORMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais constituem um dos instrumentos para apreender o significado dos elementos cotidianos do ambiente social como aborda autores como Moscovici e Abric. Sendo formadas a partir de dois processos permanentemente em relação, a ancoragem e a objetivação (VALA; MONTEIRO, 2006).

A objetivação relaciona-se a organização dos elementos formadores da representação, expressando como um elemento se materializa na realidade social. Este processo é constituído pela construção seletiva, esquematização e naturalização (VALA; MONTEIRO, 2006).

Ancorar é tornar o não-familiar em familiar, mediante o processo de classificação e de denotação, de “alocação de categorias e nomes”. O ancoramento propicia, em síntese, uma espécie de conforto ao sujeito, na aceitação do estranho, do diferente. Nesse processo, insere-se a questão da representação dos seres, dos objetos e dos conhecimentos. Ou seja, a ancoragem revela a intervenção social na representação; integra, cognitivamente, o objeto a um sistema de pensamento social pré-existente, seja generalizando-o (reduzindo as distâncias), seja particularizando-o (mantendo a distância, analisando o objeto) (MOSCOVICI, 2003).

A *construção seletiva* discorre acerca da seleção das informações, idéias e crenças de um determinado objeto, estas preferências estão atreladas a normas e valores subsidiadores da escolha e organização dos aspectos de um objeto para a formação da representação. Enquanto a *esquematização* corresponde à organização dos elementos fruto da construção seletiva. Estando essa (re) organização dependente de uma transição do esquema figurativo para o material,

sendo a *naturalização* responsável por tornar o constructo de imagens e valorações em realidade (VALA; MONTEIRO, 2006).

A objetivação é o processo em que conceitos abstratos são materializados em realidades concretas. A mesma cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a compor o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam (FRANCO, 2004).

A objetivação e a ancoragem, estes processos se articulam com o propósito de assegurar as três funções fundamentais das representações: incorporação do estranho ao novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. (NÓBREGA, 2001).

4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA ESTRUTURALISTA

A TRS no decorrer do seu desenvolvimento propiciou a construção de variadas vertentes de atuação embasadas na proposta de Moscovici. Alguns autores propõem basicamente duas vertentes metodológicas decorrentes deste desenvolvimento intelectual, sendo a primeira delas, mais utilizada, na perspectiva dos conteúdos, fundamentada nos discursos dos grupos sociais; e a segunda abordagem denominada de estruturalista com enfoque na forma do discurso (BUCHINI apud MOREIRA, 2005).

Contudo a denominada Grande Teoria proposta por Moscovici possui três possíveis correntes teóricas expressas por: Jodelet com delineamento mais próximo da teoria original; Doise sob uma perspectiva mais sociológica; e Abric com destaque para os aspectos cognitivos e estruturais das representações. Sendo possível a depender do objeto de estudo analisado a articulação de mais de uma corrente teórica (SÁ, 1998).

Fundamentando-se nestas correntes teóricas foi proposto para este estudo a vertente estruturalista proposta por Abric (2000) e corroborada por Sá (1998) no sentido de agregar a perspectiva dos conteúdos, os aspectos estruturais e

organizativos das representações sociais dos delegados do segmento usuários de uma Conferência Municipal de Saúde.

No desenvolvimento dos seus estudos acerca da TRS, Abric em 1976, elabora uma abordagem característica para a organização dos elementos de uma representação. Quando apresenta as representações como uma forma de saber elaborada pelos sujeitos da totalidade e singularidade da relação sujeito/objeto, permeado por uma conjuntura cognitiva, valores, historicidade, contexto social e ideológico. Neste sentido, as representações são estruturadas em núcleos, estabelecidos entre os elementos sustentadores que compõem as relações das representações com a realidade objetiva (ABRIC, 2000).

Compreende-se a realidade em três aspectos, realidade objetiva/subjetiva/representada, colaborando neste sentido, para o entendimento da inexistência de uma realidade objetiva neutra e insensível ao olhar dos sujeitos sobre ela, ou seja, os aspectos objetivos e subjetivos dos indivíduos em interação com as características dos objetos definem uma realidade representada. Tal representação é produto da re-apropriação pelos indivíduos ao integrar ao seu sistema de valores, contexto social e ideológico os componentes objetivos dos objetos (ABRIC, 2000).

Nesta perspectiva de compreensão da realidade as representações sociais possuem quatro funções específicas, a *função de saber* permite compreender e explicar a realidade, uma vez que, fundada no saber prático do senso comum, possibilita a aquisição de conhecimento, o qual integra “um quadro assimilável e compreensível” para os atores sociais, e se orienta para a comunicação social e para a compreensão do ambiente social e material; a *função identitária*, que define a identidade e permite a salvaguarda da especificidade dos grupos e a “elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante”; a *função de orientação*, que guia os comportamentos e as práticas; a *função justificatória*, que permite justificar, *a posteriori*, as tomadas de posição e de comportamentos (ABRIC, 2000).

Ao aprofundar seus estudos com relação à TRS, Abric desenvolve a Teoria do Núcleo Central. Segundo Rouquette (2005) para a compreensão desta teoria deve-se considerar o sistema de relação de uma representação, baseado nas características de *valores de uma relação*, ao admitir um ou vários valores cognitivos responsáveis pela organização totalitária de uma representação; *configurações de relações*, compreendidas pelo tempo de relação da representação, que pode ser

temporário ou duradouro; e *regras da estática e dinâmica* das representações, expressa pela plasticidade e inflexibilidade das relações entre os elementos da representação.

Nas Representações Sociais é denominado sistema de relação, o sistema central e o sistema periférico, dois sistemas distintos e relacionados responsáveis pela interação individual e social dos indivíduos. A compreensão deste sistema de relação subsidia o entendimento das representações. O primeiro estabelece a homogeneidade de um grupo, por expressar a história coletiva, com um núcleo rígido, coerente e estável. O segundo, o núcleo periférico, é heterogêneo, fruto das experiências individuais, por isso flexível e responsável por sustentar o núcleo central (VALA; MONTEIRO, 2006).

No estudo do núcleo central, ou estruturante, defini-se por intermédio de critérios quantitativos, pela dimensão social com a capacidade de diluição no universo coletivo; e qualitativos, pelo fornecimento de significados aos elementos constituintes. As características de estabilidade, homogeneidade, coerência, e permanência no decorrer do tempo, influenciam a manutenção social da representação construída nas situações históricas, sociológicas e ideológicas, as quais não dependem do contexto imediato e permiti-se a manutenção das características sociais (ABRIC, 2000).

O núcleo central desempenha duas funções, a função geradora pela capacidade de criar, transformar e fornecer sentido a uma representação; e a função organizadora com a definição de unificar e estabilizar uma representação ao estabelecer elos entre os elementos significativos (ABRIC, 2000).

Enquanto que, o núcleo periférico espelha as características individuais e do contexto desenvolvidas no cotidiano imediato, possui como características: a flexibilidade, heterogeneidade e admite novas experiências e histórias individuais. Admitindo três funções, a função de concretização, identificada pela conexão do núcleo central com a realidade; função de regulação por permitir a representação se adaptar ao contexto imediato; e funções de defesa do núcleo central. Numa representação os sinais de mudança podem ser encontrados no sistema periférico permitindo elementos novos e até contraditórios, caso ocorra mudança no núcleo central gera uma alteração em toda a representação (ABRIC, 2000).

É compreensível que por intermédio do estudo da Teoria do Núcleo Central de uma Representação Social possamos fazer uma conexão entre o conhecimento individual e coletivo, pois permite compreender o processo de evolução do pensamento dos indivíduos baseados em um contexto histórico, econômico, político, e social da sociedade em que os mesmos se encontram inseridos.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa é do tipo descritiva-exploratória, de natureza qualitativa, multimétodos, tendo como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais, na perspectiva estrutural de Abric (2000).

Segundo Trivinos (2009) os estudos descritivos e exploratórios objetivam compreender um fenômeno para elencar variáveis e hipóteses, possuindo flexibilidade quanto à coleta dos dados, haja vista que designa manter maior familiaridade com o objeto de estudo, propiciando adentrar em uma realidade específica e apreciar com propriedade os conhecimentos envolvidos na temática.

A pesquisa qualitativa estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Ela faz emergir aspectos subjetivos e atinge motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É usada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação.

Desta forma, a aproximação ao objeto de investigação foi realizada utilizando-se a associação de três técnicas de pesquisa: 1) Teste de Associação Livre de Palavras; 2) Entrevista semi-estruturada; 3) Questionário, contendo perguntas fechadas e abertas sobre determinadas informações socio-demográficas dos sujeitos da pesquisa.

O Teste de Associação Livre de Palavras é um teste projetivo que possibilita conhecer elementos mentais de forma rápida e objetiva, que em uma entrevista poderiam ser mascarado pela consciência. A partir deste é possível apreender os elementos do núcleo central e periférico de uma representação (OLIVEIRA et al., 2005).

Este teste torna-se útil na pesquisa social quando se acredita que as pessoas possam hesitar em exprimir diretamente suas opiniões, por temer a desaprovação do pesquisador, ou quando as pessoas tendem a considerar as perguntas diretas como ameaçadoras de sua privacidade. Esta técnica tem sido utilizada com

freqüência em pesquisas em representações sociais. Para Abric (1994) este instrumento permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas.

Ainda em relação às metodologias utilizadas neste estudo, de acordo com MINAYO (2010), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais devido a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em Salvador, capital do Estado da Bahia, situada na Região Nordeste do Brasil. A cidade possui uma superfície de 707 Km², e uma população de 2.487.790 habitantes (IBGE, 2010).

Administrativamente, a capital encontra-se dividida em 18 Regiões Administrativas, e, na área da Saúde, em 12 Distritos Sanitários, a saber: Cajazeiras, Centro Histórico, Itapagipe, Itapuã, Pau da Lima, São Caetano/Valéria, Brotas, Subúrbio Ferroviário, Liberdade, Cabula/Beirú, Barra/Rio Vermelho e Boca do Rio.

O serviço de atenção básica do município é constituído por 149 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que 52 não estão aprovadas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) devido à inexistência de alguma categoria profissional que compõe a equipe mínima, e 89 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Do total, 33 ESB não estão aprovadas pelo CNES.

O PSF é responsável pela cobertura de apenas 10,17% da população. A gestão da Atenção Básica no Município se dá de forma hierarquizada/colegiada pelos níveis Distrital e Central.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para identificar os delegados do segmento usuários, objeto deste estudo solicitou-se à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMSS) cópia do Relatório Final da IX CMSS. De posse deste documento foram identificados nominalmente os delegados e as entidades e segmentos que representaram.

No total, participaram da IX CMSS 99 delegados do segmento usuários representando as entidades e segmentos: Centrais Sindicais, Sindicatos, Confederações e Federações de Trabalhadores (n=26); Associações de Bairros e Conselhos Comunitários (n=26); Segmento de Mulheres (n=03); Segmento Religioso (n=16); Segmento Étnico Racial (n=06); Segmento Patologias Crônicas (n=13); Segmento Movimento Estudantil (n=03); Segmento Idosos, Aposentados e Pensionistas (n=01); Segmento Portadores de Deficiências (n=01) e Segmento Crianças e Adolescentes (n=04).

Em seguida, requereu-se às entidades, as quais os delegados selecionados representavam na IX CMSS, a possibilidade localizá-los.

Dando continuidade, foi realizado sorteio da amostra que participaria das diferentes etapas da pesquisa, sendo assegurada a representatividade e proporcionalidade das entidades e segmentos representados.

5.4 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Por se tratar de um estudo multimétodos, para cada uma das técnicas de pesquisa utilizou-se um número diferente de representantes dos movimentos sociais, que se fizeram representar na IXCMS, sendo assim, como forma de facilitar a compreensão da técnica utilizada, eles serão descritos isoladamente.

5.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras e Questionário

Dos 99 delegados do segmento usuários que participaram da IX CMSS foram sorteados aleatoriamente 45 para responder ao questionário e o Teste de Associação Livre de palavras. Em seguida estabeleceu-se contato com estes, e foi agendado um horário e local para a pesquisadora apresentar os objetivos do estudo. Após receber todas as informações que julgasse pertinentes e concordassem em participar do estudo, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 1996).

Deste total, 39 delegados foram localizados e se dispuseram responderam ao questionário e ao Teste de Associação Livre de Palavras. Foram considerados critério de exclusão: a não identificação e/ou localização dos delegados por motivo de mudança de endereço ou de local de trabalho; não aceitação em participar voluntariamente da pesquisa; não ter comparecido ao local previamente agendado para responder ao questionário.

5.4.2 Entrevistas

Para serem entrevistados, foi elaborada uma proporção de representantes por segmentos e/ou entidades representativas dos usuários que participaram da IX CMSS. Desta forma, as entidades que possuíam até 10 representantes 02 foram selecionados, aquelas com 11 a 20 foram selecionados 03 e as com 21 ou mais representantes 04 foram selecionados, perfazendo assim um total de 24 delegados da IX CMSS, a serem entrevistados.

O critério de saturação das respostas foi utilizado para definir quando deveríamos encerrar as entrevistas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Este critério é empregado nas pesquisas qualitativas para estabelecer o tamanho da amostra considerada, até ser atingida a redundância. Ele foi validado para pesquisas na área de Representação Social.

Neste estudo verificamos que a partir da décima quinta entrevista houve a saturação dos dados. Esta identificação foi possível uma vez que após a leitura e

agrupamento dos eixos centrais dos discursos, percebemos a ausência de temas que até então não haviam sido abordados. Mesmo assim outros seis delegados foram entrevistados, uma vez que foi proposta do estudo ouvir todos os segmentos e entidades que possuíam representantes na IX CMSS, como forma de respeitar o critério de proporcionalidade proposto pelo estudo. Assim sendo, 21 delegados representantes de usuários participaram desta etapa da pesquisa.

5.5 QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa, previamente a coleta de dados, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié, obtendo-se sua aprovação de acordo com o protocolo nº176/2009 (Anexo A).

É importante ressaltar que a todos os sujeitos envolvidos no estudo foi assegurado o direito de participação ou não na pesquisa, bem como da desistência em qualquer etapa da pesquisa, respeitando-se a autonomia. Dessa forma, a cada um deles, entregou-se uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento necessário para a concordância com a participação no estudo, cujo modelo encontra-se em anexo (Apêndice A). A cada uma das fichas individuais onde os dados foram devidamente coletados, anexou-se uma cópia assinada desse Termo, de conformidade com as necessidades éticas.

5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Conforme anteriormente descrito, por se tratar de um estudo multimétodos, utilizou-se instrumentos e adotou-se procedimentos de coletas de dados específicos para cada uma das técnicas que foram empregadas no estudo. Para facilitar o entendimento, optou-se por apresentar as mesmas isoladamente. Vale ressaltar que

antes de iniciar a coleta de dados foi solicitado aos informantes que assinassem o TCLE.

5.6.1 Questionário

A pesquisa adotou o questionário como forma de estabelecer a caracterização socio-demográfica dos participantes do estudo. Neste sentido, após assinatura do TCLE, foi solicitado aos informantes que respondessem ao questionário que continha questões referentes aos dados socio-demográficos do entrevistado. (Apêndice B).

5.6.2 Teste de Associação Livre de Palavras

Optou-se nesse estudo por adotar o tipo "verbal" de Teste Projetivo, que utiliza palavras como estímulos e solicitam associações, complementação de frases ou histórias. Este teste é empregado na pesquisa social quando se acredita que os sujeitos da pesquisa possam hesitar em exprimir diretamente suas opiniões, por temer a desaprovação do pesquisador, ou quando eles tendem a considerar as perguntas diretas como ameaçadoras de sua privacidade. Neste estudo, foi incluído junto ao questionário, um campo específico para registro do Teste de Associação Livre de Palavras.

O Teste de Associação Livre de Palavras é uma técnica associativa que também colhe dados por meio de expressões verbais, espontâneas, menos controladas e mais autênticas. A associação livre de palavras permite a captação de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas (ABRIC, 1994).

Sendo assim, após o sujeito da pesquisa responder ao questionário foi realizado ao mesmo a seguinte pergunta: "Quando você ouve a expressão 'Conferência Municipal de Saúde de Salvador', quais são as palavras que lhe vêm à lembrança?" Solicitou-se, então, a cada sujeito, que citasse cinco palavras

relacionadas a essa expressão, pediu-se a cada sujeito que apontasse as duas que, dentre as cinco ditas, avaliasse como mais importantes e também que expressasse as razões das escolhas.

Foi agendado previamente com os sujeitos da pesquisa dia, horário e local que fosse mais conveniente para que os mesmos pudessem responder ao teste. Antes da aplicação propriamente dita do teste, para que os sujeitos pudessem entender o que se pretendia, fez-se um pré-teste. Dessa forma, pediu-se a cada indivíduo que dissesse palavras soltas diretamente relacionadas com determinadas expressões, tais como "trabalho", "esporte", até que cada sujeito compreendesse o mecanismo do teste. Somente após essa compreensão e quando as palavras passavam a ser ditas imediatamente às expressões sugeridas pela pesquisadora, dava-se então início à coleta de dados. Esse artifício possibilitou obter respostas com mínima chance de elaboração.

5.6.3 Entrevista

A entrevista semi-estruturada foi utilizada nesta pesquisa por ser ela um instrumento que proporciona melhor acesso à comunicação, principalmente por ser a fala a principal fonte de informação das representações sociais. Segundo Minayo (2010) a entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas o que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema sem que seja necessário se ater a indagação que foi realizada.

Segundo Jodelet (2001), é necessária uma formulação adequada da entrevista, para se subtrair, inicialmente, dados mais concretos em relação ao objeto e, posteriormente, aprofundar-se nos fatos que são subjacentes ao concreto e que oferecem melhor referência das representações. Isso significa que a compreensão das representações pode estar vinculada à interpretação do subjacente.

Neste sentido foram entrevistados, em dias pré-agendados com os delegados do segmento usuário que participaram da IX CMSS, dia, horário e local que mais o conviesse (Apêndice C), sendo estas realizadas após a assinatura do TCLE. Para

aumentar a fidelidade dos dados foi solicitado aos sujeitos da pesquisa que autorizassem que as mesmas fossem registradas em gravador digital.

5.7 A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados socio-demográficos dos sujeitos da pesquisa que responderam ao questionário foram digitados e tabulados no programa Epi-info, versão 6.04, e apresentados na forma de percentuais.

Os dados da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) foram analisados no *software* EVOC 2000, previamente à análise, foi realizada a aproximação léxica das palavras que foram apenas evocadas uma vez.

O modo de análise utilizado favoreceu o destaque de temas que mais chamaram a atenção, combinando a frequência de emissão das palavras com a ordem em que essas foram citadas. Assim, os temas citados foram dispostos em tabelas, uma para cada grupo (incluindo subgrupos), segundo sua ordem de citação.

Dessa forma, foram construídos diagramas resultantes do estudo estatístico e base para as análises das relações, com quatro quadrantes, em que se dispuseram os temas citados segundo a ordem média das evocações de cada grupo e as frequências médias de citação desses temas, procurando-se identificar e caracterizar tanto o núcleo central, quanto os elementos periféricos das representações sociais dos três grupos estudados.

Com relação ao Núcleo Central, existem outros elementos que, por sua flexibilidade e elasticidade, asseguram a regulação e adaptação desse núcleo, absorvendo novas informações e possibilitando determinada modulação individual. Esses elementos integram o que se chama de Sistema Periférico, que tem capacidade de ajustamento às novidades que chegam aos sujeitos por meio de novas informações e experiências, resguardando a coerência e a estabilidade do Núcleo Central.

Na análise da entrevista após transcrição em programa de texto Word, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009) para a categorização conforme plano abaixo: 1ª fase ou pré-análise: realização de leitura flutuante

permitindo uma familiarização com o conteúdo, tornando-o mais claro, além de iniciar-se a construção do corpus, composto por representar os documentos necessários para a análise; 2ª fase de exploração do material: conclusão da preparação do material para análise, constituição do corpus, utilizando os meios eletrônicos e bibliográficos; 3ª fase de tratamento e análise: os resultados obtidos nas etapas anteriores permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expresso quantitativamente e qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo, serão apresentadas a estrutura e a organização dos elementos que compõem a Representação Social da Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA, conforme a Teoria do Núcleo Central, proposta por Jean Claude Abric e Jean Claude Flament, onde serão evidenciados os elementos centrais e periféricos da representação objeto deste trabalho, bem como as representações sociais dos entrevistados

Nesse sentido, faz-se necessário apresentar inicialmente determinadas informações dos sujeitos da pesquisa, que proporcionaram um melhor entendimento acerca das características dos mesmos.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Conforme se pode verificar na Tabela 1, todos os delegados da IX CMSS do segmento usuários que responderam ao questionário são adultos, sendo que destes 77,7% (28) apresentam idade entre 40 a 59 anos, pressupondo-se que estes indivíduos apresentam maturidade. Quando avaliados quanto ao gênero, percebemos que há um equilíbrio entre eles, mesmo havendo um maior percentual 53,8% (21) de indivíduos do gênero masculino, enquanto 46,2% (18) do sexo feminino. Nesta mesma população verificamos que quanto ao estado civil, que somente 38,5% (15) se declararam solteiros, 30,8% (12) casados, e outros 30,8% (12). Ficou evidenciado que os delegados pesquisados apresentam alto nível de escolaridade uma vez que 79,5% (31) freqüentaram a escola por mais de nove anos.

Quando à amostra pesquisada, foi avaliada no que diz respeito à etnia, e verificou-se que o maior percentual dos indivíduos se auto-declara como sendo negros 87,1% (34), com baixa renda, uma vez que 69,2% (27) informaram possuir uma renda familiar mensal de até 03 salários mínimos, e que para 63,9% (23) destes indivíduos, esta renda é responsável por atender às necessidades de 03 ou mais indivíduos.

Quando questionados os delegados do segmento usuários, há quantos anos eles atuam junto aos movimentos sociais, verificou-se que 74,4% (29) estão inseridos a mais de 10 anos, e que destes 53,8% (21) são filiados a partidos políticos, sendo destes nove (09) filiados ao Partido Comunista Brasileiro (PC do B) e seis (06) ao Partido dos Trabalhadores (PT). Quanto à participação destes indivíduos como delegados em Conferências verificamos que 53,9% (21) destes participaram de 03 ou mais Conferências de Saúde

Os delegados do segmento usuários quando foram questionados, se as propostas que foram aprovadas na pré-conferência do distrito sanitário dos quais representaram, se foram aprovadas na IX CMSS, verificou-se que para 74,% (29) elas foram atendidas ou atendidas em parte. E quando foram indagados se as propostas do distrito sanitário onde residem que foram aprovadas na IX CMSS foram executadas, 71,8% (28) não responderam ou afirmou que não foram executadas.

Dos 39 Delegados que responderam ao questionário 76,9% (30) consideram a participação dos delegados do segmento usuários na IX CMSS como sendo muito eficiente e/ou eficiente. E destes 61,1% (22) consideraram que os usuários foram o segmento que teve maior influência na participação da IX CMSS em detrimento do segmento trabalhadores da saúde e o segmento gestores.

Tabela 1. Valores numéricos e percentuais das características sócio-demográficas, culturais e atuação nos movimentos sociais de delegados do segmento usuários que participaram da IX CMSS. Jequié-BA, 2011.

Variável	Categorias	N	%
Grupo Etário	20 a 29	5	13,9
	30 a 39	3	8,3
	40 a 49	16	44,4
	50 a 59	12	33,3
Gênero	Masculino	21	53,8
	Feminino	18	46,2
Estado civil	Solteiro	15	38,5
	Casado	12	30,8
	Outros	12	30,8
Escolaridade	Até 08 anos de estudo	8	20,5
	09 anos ou mais de estudo	31	79,5
Etnia	Branco	5	12,8
	Pardo	13	33,3
	Negro	21	53,8
Renda Familiar	1 a 3 Salários Mínimos	27	69,2
	>3 a 9 Salários Mínimos	11	28,2
	> 9 Salários Mínimos	1	2,6
Número indivíduos por domicílio	Até 2	13	36,1
	3 a 4	19	52,8
	5 ou mais	4	11,1
Tempo atua movimentos sociais	Até 9	10	25,6
	10 a 19	15	38,5
	20 a 29	11	28,2
	30 ou mais	3	7,7
Filiação partidária	Sim	21	53,8
	Não	16	41,0
	Simpatizante	2	5,1
Número de Conferências que participou	1	6	15,4
	2	12	30,8
	3	6	15,4
	4 ou mais	15	38,5
Proposta do seu Distrito Sanitário oriundas da pré-conferência foram aprovadas na IX CMSS?	Sim	10	25,6
	Não	6	15,4
	Em parte	19	48,7
	Não respondeu	4	10,3
Proposta do seu Distrito Sanitário aprovada na IX CMSS foi executada?	Sim	11	28,2
	Não	14	35,9
	Não respondeu	14	35,9
Como foi a participação dos usuários na IX CMSS	Muito eficiente	6	15,4
	Eficiente	24	61,5
	Pouco eficiente	8	20,5
	Nada eficiente	1	2,6
Qual categoria tem maior influência em termos de participação na IX CMSS	Usuários	22	61,1
	Gestores	7	19,4
	Trabalhadores da saúde	7	19,4

Fonte: Dados extraídos da pesquisa.

6.2 TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Neste estudo foram utilizados dois procedimentos na coleta de dados. Um deles foi à Técnica de Associação Livre de Palavras e outro a entrevista semi-estruturada. Foram identificados 99 delegados do segmento usuários representantes das entidades e segmentos: Centrais Sindicais, Sindicatos, Confederações e Federações de Trabalhadores (n=26); Associações de Bairros e Conselhos Comunitários (n=26); Segmento de Mulheres (n=03); Segmento Religioso (n=16); Segmento Étnico Racial (n=06); Segmento Patologias Crônicas (n=13); Segmento Movimento Estudantil (n=03); Segmentos Idosos, Aposentados e Pensionistas (n=01); Segmento Portadores de Deficiências (n=01) e Segmento Crianças e Adolescentes (n=04).

Deste total de informantes foram selecionados aleatoriamente, respeitando a proporcionalidade de representatividade das entidades na IX CMSS, trinta e nove (39) delegados do segmento usuários.

Os resultados obtidos estão descritos na figura 1, e possibilitaram identificar os possíveis elementos centrais, intermediários e periféricos das representações sociais dos sujeitos da pesquisa.

As informações obtidas totalizaram 232 palavras e possibilitaram construir um *corpus* para a análise. Encontramos 37 palavras diferentes e a média da ordem média foi expressa pelo rang 2.9. A frequência intermediária foi 6,27, sendo obtida pela razão entre o número total de palavras e o total de palavras diferentes. A frequência mínima estabelecida pelos pesquisadores foi 4.

Os elementos que constituem uma representação social são definidos de acordo com os padrões de frequência e ordem de evocação, delineando assim diferentes rumos de interpretação. Os elementos do núcleo central, que definem uma representação, possuem organização rígida e maior importância no arranjo cognitivo, e apresentam elevada frequência e prioritária evocação. Os elementos periféricos possuem menor frequência e evocação distante, sendo importantes porque dão suporte ao núcleo central, no entanto, são mais flutuantes às mudanças. Os elementos intermediários, expressos com baixa frequência, mas com próxima

evocação pelos sujeitos, servem como sustentação para o núcleo central e periférico (MOREIRA, 2005).

Conforme observado na figura 1, as palavras que aparecem mais vezes e nas primeiras posições, possível núcleo central (quadrante superior esquerdo) foram *controle social, democracia, melhoria, mobilização e política*. Como possível núcleo periférico (quadrante inferior direito) *SUS, qualidade e união*. No núcleo intermediário (quadrante superior direito) administração, família, participação popular, promover e saúde e ainda no núcleo intermediário (quadrante inferior esquerdo) *cidadania, construção, discussão, empoderamento e responsabilidade*.

ELEMENTOS CENTRAIS Frequência ≥ 6/ Rang < 2,9			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS Frequência ≥ 6/ Rang ≥ 2,9		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Controle social	28	2,643	Administração	10	3,300
Democracia	15	2,867	Família	14	3,500
Melhoria	8	2,500	Participação popular	41	3,000
Mobilização	14	2,429	Promover	6	3,833
Política	8	2,500	Saúde	10	3,000
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS Frequência < 6/ Rang < 2,9			ELEMENTOS PERIFÉRICOS Frequência < 6/ Rang ≥ 2,9		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Cidadania	5	2,800	SUS	4	3,500
Construção	4	2,750	Qualidade	4	3,000
Discussão	5	2,000	União	4	3,750
Empoderamento	5	2,600			
Responsabilidade	4	2,750			

Figura 1. Quadro de casas estabelecido pelo *software* Evoc 2000 mediante evocação dos usuários acerca da Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA. Jequié-BA, 2011.

O núcleo central da representação definido pelos elementos *controle social, democracia, melhoria, mobilização e política*, surgem com a frequência igual a 6 e rang 2.9. Conforme Navas (2008), Os mecanismos de participação popular e controle social permitem a inclusão dos cidadãos na discussão dos problemas de saúde, buscando soluções e viabilizando a politização das demandas sociais, enquanto necessidades socialmente construídas, elevando-as à condição de direitos sociais e, assim sendo, indispensáveis para a formulação e implementação de políticas de caráter transformador.

O *Controle Social* como possível elemento central aparece na primeira posição significando a importância dada ao termo pelos representantes dos usuários, evidenciando assim, sua relação com o “inconsciente coletivo” dos participantes dos movimentos sociais. Segundo Spink (1993, p.302), num primeiro sentido, representação é o “conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento”; é, em suma, a “reprodução daquilo que se pensa”.

A prática do controle social tem sido saudada como alternativa de democracia direta e como espaço de defesa do interesse público na política de saúde (ACIOLE, 2006), portanto, devendo ser fortalecida nas instâncias colegiadas do SUS, como os conselhos e as conferências de saúde.

A participação popular no exercício do controle social é a reafirmação das conquistas alcançadas pela luta deflagrada pelos movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980, adquiridas por meio da abertura democrática ocorrida pós-regime militar a partir de 1985. Conforme Stotz (2006), ela vem a ser regulamentada pela promulgação da Constituição de 1988 através da Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde”.

Como elemento do núcleo central da representação, aparece o termo *democracia* situado na segunda posição, como princípio essencial na efetivação dos direitos humanos.

Após o período constituinte abre-se espaço para a construção de uma nova institucionalidade democrática e ganha evidência a participação social. Com isso alarga-se um modelo hegemônico de democracia - a democracia representativa -, no entanto, apresentando limites frente à capacidade de representação das diferentes culturas e inclusão de novos atores no processo de tomada de decisão. Atualmente, os conselhos gestores são a maior expressão da democracia deliberativa, em nível local, estabelecendo um estreito vínculo entre participação social e descentralização contribuindo assim não apenas para democratizar o poder público, mas também para fortalecer a cidadania. (MONTEIRO; FLEURY, 2006).

Na terceira posição do núcleo central, aparece o elemento *melhoria* que implica necessidade de mudança, na perspectiva dos delegados representantes dos

usuários com relação ao SUS. No que se referem às ações nos serviços de saúde, os estudos sinalizam como um dos pontos importantes que devemos levar em consideração para melhoria do SUS, a expansão da política de Educação Permanente.

Após a conquista democrática e a criação do SUS na década de 1980, os movimentos sociais passaram a lutar por mudanças mais globais nas políticas sociais e de saúde, surgindo a educação em saúde como um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

No dizer de Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

Daí a necessidade da abordagem de conteúdos que instigue à reflexão e elevação da consciência sanitária enfatizando uma maior politização dos profissionais e trabalhadores da saúde que estão inseridos no SUS.

Aparece na quarta posição do núcleo central o termo *mobilização*, que segundo Marteleto (2001), é a partir do seu contexto específico que os movimentos sociais enfrentam as contradições da sociedade associando-as às carências básicas da população. Conforme o autor, o fundamental é a construção da democracia em dupla perspectiva: institucional e das relações sociais ou “cultura democrática”, a qual depende da capacidade de articulação, de um espectro mais amplo dos atores sociais e da reconstrução prática da cidadania.

Por fim, encontra-se situado como possível núcleo central o elemento *política*, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Deste modo, *política de saúde* envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação do Estado com a sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Relaciona ainda com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Reforçando os elementos centrais, temos os núcleos intermediários composto pelas palavras *cidadania, construção, discussão, empoderamento e responsabilidade*.

Dentre os elementos intermediários o de maior destaque é *cidadania* que possui a freqüência de aparecimento de 5 vezes e rang 2.8 possuindo relação com o elemento central, *controle social*.

Reconhecer que “saúde é um direito de todos e dever do Estado” constitui exercício da cidadania pelos sujeitos sociais. Somente através desse entendimento os mesmos possam exercer o controle social e participar da construção do SUS e da sociedade. Segundo Pucini (2004), saúde como direito social é a mudança fundamental anunciada pelo SUS.

Ao se referir à cidadania, é importante que seja evidenciada a questão do direito, como um dos preceitos mais enfatizados durante o período pré-constituente na década de 1980 e no decorrer do processo da Reforma Sanitária Brasileira. O documento apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), “A Questão Democrática na Área da Saúde” no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, em 1979, reconhece como direito universal e inalienável comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde (FLEURY; AMARANTE, 2007).

No contexto da época, de acordo com Paim (2002), participaram também dos movimentos sociais em torno da democratização da saúde a Associação Brasileira de pós - graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, com o documento “Pelo Direito Universal à Saúde”. Por meio da divulgação deste, iniciou-se em todo país um amplo movimento de conscientização das massas.

Por intermédio da participação popular e da institucionalização das conferências e conselhos de saúde possamos elevar gradativamente o nível de politização da sociedade e da consciência sobre o direito à saúde e ao exercício da cidadania. Mas para isto, corroborando com Fleury et al (2007), além de direitos constitucionalizados, é necessária a existência de direitos institucionalizados, por meio de políticas públicas efetivas e eficazes.

Os outros termos dos núcleos intermediários, *administração, família, participação popular, promover e saúde* possuem a freqüência de aparecimento de 6 vezes e rang 2.9.

O *Controle social* como possível elemento do núcleo central e os elementos intermediários *cidadania e participação popular*, que dão sustentação ao central, aparecem situados na primeira posição (n=5) e como o mais evocado (n=41), respectivamente. Assim, estão intrinsecamente relacionados com a importância da participação popular na efetivação do controle social e no exercício da cidadania.

Vale ser ressaltada a importância da participação popular conquistada pelos movimentos sociais no período ditatorial em consolidar o direito constitucional, ao ampliar o conceito de saúde, garantindo-o como uma questão de cidadania, que de acordo com Stotz (2006) foram princípios defendidos na resolução final da VIII Conferência Nacional de Saúde e posteriormente consagrados na Constituição de 1988, sob o lema *Saúde direito de todos, dever do Estado*.

O sistema periférico está relacionado ao âmbito individual por apresentar baixa freqüência, sendo sensível às flutuações do contexto no qual se insere os sujeitos do estudo. Apesar desta característica a discussão dos seus elementos faz-se importante por reforçar o núcleo central e indicar tendências de mudança na representação. Os elementos formadores da periferia da representação são *SUS, qualidade e união* cuja freqüência de aparecimento é 4 o rang de 3,5; 3,0 e 3,75 respectivamente.

O elemento *SUS* do núcleo periférico, que aparece na primeira posição teve na sua criação uma importante participação popular, conforme Fleury (2009), as mudanças ocorridas posteriormente se refletiram a partir do engajamento dos movimentos sociais em luta pela democratização do país e na centralidade assumida pela Assembléia Nacional Constituinte, em 1977-78. E na articulação e organização no Congresso Nacional, na construção do capítulo saúde da Constituição Federal de 1988, contemplando o direito universal à saúde e a criação de um sistema de saúde único, descentralizado, acessível e democrático.

6.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA

Após toda contextualização e elaboração dos dados coletados dos indivíduos que fizeram parte deste estudo, e pautando-se na análise de conteúdo temática de Bardin (2009), emergiu-se as categorias com suas subcategorias, conforme pode ser observado no quadro abaixo. Nestas foram atendidas e respondidas às inquietações que deram origem a este estudo. Nestes termos, a Análise de Conteúdo de Bardin concebe-se como uma técnica apropriada para ser utilizada em estudos de Representação Social, conforme Souza Filho (2004), tal fato se concretiza especialmente pela possibilidade de articulação dos universos semânticos, psicológicos e sociológicos.

Para a utilização da Técnica de Análise de Conteúdo deve-se atentar para as regras da homogeneidade, exclusividade, objetividade e pertinência responsáveis por nortear as etapas de organização da análise; codificação dos dados; categorização das informações e inferência.

Tabela 2. Categorias e subcategorias obtidas por meio da técnica de Análise de conteúdo proposta por Bardin em entrevistas de 21 delegados do segmento usuários que participaram da IX CMSS. Jequié-BA, 2011.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Escolha dos delegados	1.1 Eleição 1.2 Indicação
2. Representação Social dos usuários acerca da IX CMS de Salvador	2.1 Proposição de políticas públicas 2.2 Exercício do controle social 2.3 Desconhecimento do papel de delegado
3. Participação do Usuário na IX CMS de Salvador	3.1 Participação de forma organizada e efetiva 3.2 União dos segmentos visando fortalecimento
4. Entraves da IX CMS	4.1 Questão Política
5. Apreensão do significado de controle social em saúde na visão do usuário	5.1 Como política de Estado 5.2 Visão dos delegados em relação ao controle social 5.2 Não entendimento do significado do termo

Fonte: Dados extraídos da pesquisa.

CATEGORIA 01. ESCOLHA DOS DELEGADOS (C1)

No estudo das Representações Sociais *a priori* é indispensável conhecer as condições de contexto em que os indivíduos estão inseridos antes a realização de uma criteriosa análise contextual. Entendemos que as representações sociais são historicamente construídas e são estreitamente vinculadas aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam através de mensagens, refletindo-se nos diferentes atos e nas diversificadas práticas sociais (FRANCO, 2004).

Verificamos que as modalidades tradicionais do direito de participação política, como o direito de votar e ser votado, a filiação partidária, entre outros, não são suficientes para a cidadania hoje. Há necessidade de criar novas modalidades de participação política, isto é, novas formas de exercer o direito fundamental do ser humano de “tomar parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos” (OMS, 1948).

Neste sentido, as Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde. O Capítulo II, Seção II, Art. 196 da CF de 1988, estabelece como um dos princípios fundamentais do SUS a participação da comunidade. A Conferência significa mais que um instrumento legal de participação popular, e sim o compromisso do gestor público com as mudanças no sistema de saúde, que tem por finalidade avaliar e propor diretrizes da política para o setor saúde; discutir temas específicos para propor novas diretrizes da política de saúde; e escolher delegados das pré-conferências para as Conferências Municipal, Estadual e Nacional (BRASIL, 2007).

Ao indagarmos aos representantes dos usuários de como aconteceu a sua indicação para participar como representante dos usuários na IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador emergiu-se duas subcategorias descritas em seguida.

Subcategoria 1.1. Eleição

Segundo Houaiss e Vilar (2004, p.266), eleição significa escolha, por voto, de alguém para ocupar um posto, cargo; votação; pleito.

Nesta perspectiva, a construção de um ator político passa pelo reconhecimento de um “nós” por oposição a “eles”, ou seja, pela construção de uma identidade simbólica que possa diferenciar um determinado grupo dos demais. Dando a ele a possibilidade de representar-se diante de si e dos outros. Portanto, de um conceito relacional de poder, supondo que a construção do “um” se dá por diferenciação do “alter”. Esta representação, só deixa de ser individual, no sentido de privado, para alcançar uma dimensão pública, caso sua definição de projeto deste grupo articule-se a uma concepção geral do mundo, o que pode levar a transcender seus interesses individuais e corporativos (FLEURY, 1997).

Segundo Pinto (2004), existe um consenso entre um número significativo de autores que a democracia representativa tal como se consolidou no século XX não tem sido capaz de dar conta dos sérios problemas sociais e culturais que o mundo contemporâneo apresenta. Sejam seus limites entendidos como decorrência de uma crise da representação, sejam vistos como uma condição da própria natureza da democracia representativa, a solução encontrada pelos críticos aponta para formas alternativas de participação.

Neste sentido, no Brasil com o início do processo democrático, com a promulgação da constituição de 1988, que reconhece a importância da participação popular por intermédio dos Conselhos e Conferências de Saúde, abrem-se mais um espaço de discussão onde os atores sociais da sociedade civil organizada trazem consigo suas inquietações e anseios, para assim serem debruçados olhares, avaliações e aprovações dentro dos mesmos.

Diante de tal contextualização, é corroborado por Habermas (1984) apud Baquero (2009), quando expõe acerca da premissa central sobre a qual se constrói a teoria da democracia deliberativa que diz respeito aos processos decisórios que resultam da discussão pública coletiva e plural. Nesta perspectiva, podemos refletir que é através da democracia deliberativa que ocorre a reunião de forma mais articulada das características de um tipo de participação. Entendendo este enquanto

modelo ou ideal democrático para resolução de problemas de participação da democracia representativa, legitimando assim um resultado eleitoral.

No entender de Pinto (2004), uma democracia robusta necessita tanto da presença do Estado como de uma sociedade civil forte, entretanto, as atividades de um podem, muitas vezes, afligir as do outro. Enquanto o Estado tende a tornar o cidadão passivo, a sociedade civil é o espaço fecundo para a competição direta de uma multiplicidade de organizações.

Mas, para tanto, se faz importante que os atores sociais envolvidos no processo de construção de políticas públicas, nas Conferências de Saúde, que articulam e formulam as propostas para serem aprovadas e posteriormente implementadas sejam consensualmente escolhidos por meio de assembleias e plenárias devidamente convocadas.

Desta maneira a representação destes na IX CMSS fica evidenciado que as entidades ora representadas, pautaram-se nos princípios da democracia, estabelecendo um percurso, em que foram realizadas assembleias, plenárias, partindo daí as deliberações que elegeram seus representantes, obedecendo aos preceitos da CF de 1988. Onde podemos identificar na representação desses depoimentos, conteúdos que se traduzem em princípios democráticos, estando em consonância com o elemento *democracia* que se encontra na segunda posição do núcleo central no quadro de quatro casas apresentado na figura 1 deste estudo. Isto é identificado nas falas seguintes.

[...] ela atende a exigência de ser através de uma assembleia devidamente convocada, de uma maneira que nós temos aqui no sindicato [...] toda indicação para qualquer participação em fórum como delegado, é convocado, através do nosso jornalzinho diário e essa assembleia define os delegados que participarão em qualquer tipo de fórum [...] (E1).

[...] reuni, delibera o nome do representante para a conferência, eu fui eleito, participei da pré-conferência, e fui eleito a delegado da conferência [...] (E2).

[...] foi eleição através do fórum dos usuários, a entidade foi eleita pelo fórum dos usuários e com a participação do sindicato [...] e vários representantes do controle social [...] (E11).

[...] houve uma plenária, todos que estavam na reunião naquele dia [...] teve a plenária de representação por entidade e aí a entidade foi eleita para indicar um nome da sua direção, da sua base, e aí a direção me indicou [...] (E14).

[...] aí eu fui escolhida, sempre que tem alguma coisa na saúde sempre sou eu que estou mais próxima, fui escolhida em plenária durante a reunião [...] (E15).

[...] houve também uma eleição, uma pré-eleição dos nomes indicados e meu nome foi escolhido e lá eu participei dessa IX Conferência de Saúde [...] foi uma plenária [...] me escolheram, para ser um representante aqui do distrito [...] (E16).

[...] houve na verdade um pleito [...] então houve uma eleição então como a gente já trabalha está questão de comunidade [...] (E17).

[...] na instituição, houve uma plenária dentro da instituição com os representantes e com a diretoria [...] participando dessa pré – conferência [...] (E18).

Desta maneira evidencia-se que mesmo nas instâncias de participação popular do SUS, espaços democraticamente construídos, seus legítimos representantes, os delegados do segmento usuários, chegam até essas arenas de construção das políticas públicas, como no caso desta conferência, por meio de indicação. Como ratificado na subcategoria seguinte.

Subcategoria 1.2. Indicação

Concebem-se resultados como sendo democraticamente legítimos, apenas quando objeto de um acordo argumentativo estabelecido entre indivíduos livres e iguais, na medida em que representam os interesses de uma ampla base social que, de outra forma, se encontra sub-representada. E que faça valer de fato as expressões “pelo povo” e “para o povo” que são próprias do ideal de democracia. (COHEN, 1999 apud LÜCHMANN, 2007, p.143).

Nos estudos de Lüchmann (2007), apontam as fragilidades da democracia representativa e a redução da legitimidade do processo decisório, a democracia deliberativa advoga que a legitimidade das decisões políticas advém de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem-comum, conferem um reordenamento na lógica de poder tradicional. A mesma compreende que a democracia deliberativa dá centralidade à questão da participação com base em uma nova concepção acerca da legitimidade política.

No entanto, mesmo ocorrendo plenárias deliberativas para eleição de seus representantes, é notório que em certos casos possam ocorrer indicação de alguém

que detém a coordenação, a presidência de órgãos representativos dentro da sociedade. O que nos leva a refletir que apesar da sociedade civil organizada possuir evolução sobre suas participações em fóruns competentes, neste momento se deixa levar a acatar indicações de seus pares para representá-los.

Neste sentido, muitas entidades indicam representantes não sendo eleitos por seus respectivos plenário, que vem descaracterizando o conceito de representação. Na visão de Moura (2009), contraria o seu entendimento por representação, que é vista como uma relação social, uma atividade ou um processo que envolve uma relação mediada da base com o representante, ou seja, um processo que existe a partir do princípio da delegação. Nos depoimentos da representação do usuário que se seguem, os mesmos se encontram em desacordo com o elemento central *democracia*, significando que na prática cotidiana nem sempre são levados em consideração os princípios democráticos estabelecidos constitucionalmente, conforme falas seguintes:

[...] diretório em reunião interna, escolheu o meu nome como representante daquele diretório, já que ele tinha uma vaga para participar da conferência [...] (E3) foi uma indicação do próprio presidente da associação [...] (E4).

[...] como eu sou diretora de saúde, então o convite veio para a associação, aí me indicou, o presidente da associação [...] (E5).

[...] me indicou, eu participei como delegada da conferência [...] (E7).

[...] sou diretor de assunto de saúde [...] ai se reuniu a diretoria aqui e indicou meu nome para participar da conferência municipal de saúde daqui de Salvador [...] (E8).

[...] por eu ser diretor [...] do sindicato e representar o sindicato na área de saúde e meio ambiente, o sindicato indicou meu nome para a conferência municipal de saúde, ai acabei sendo delegado [...] (E9).

[...] na verdade eu já fazia parte do sindicato, eu represento a secretaria de saúde do sindicato e nas discussões de saúde, eu participo, então houve o convite [...] a direção do sindicato por unanimidade me indicou para participar [...] (E10).

[...] recebeu o convite da secretaria [...] e ai a coordenação da instituição indicou meu nome para participar da conferência [...] (E12).

[...] houve uma plenária onde foi indicada as entidades [...] indicou seus representantes (E13).

[...] eu sempre fui pra pré-conferência e na pré-conferência nas articulações e ai meu nome saiu como indicado para ser delegado da conferência [...] (E19).

[...] indicação da diretora do núcleo para poder tá representando uma pequena comissãozinha foi feita ai me indicou [...] não houve plenária para eleição, pra essa aí não, não precisou [...] (E20).

É salutar ressaltarmos que o processo de escolha de alguns representantes para comporem os delegados na IXCMSS não buscou atender um dos princípios da composição de seus representantes neste fórum, que seria a escolha dos mesmos dentro de plenárias democráticas convocadas pelos órgãos competentes.

Assim, fica evidente, que a representação social dos usuários contraria os princípios democráticos conquistados na CF de 1988, não fazendo valer a participação da comunidade nas decisões. Não permitindo o consenso existente entre seus pares, que fica estabelecido por intermédio de eleições obedecendo ao percurso de assembleias, plenárias, encontrando-se desta maneira, a comunidade subrepresentada.

CATEGORIA 2. REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS ACERCA DA IX CMS DE SALVADOR (C2)

As Representações Sociais na compreensão de Valla e Monteiro (2006), são formadas pela sociedade no processo do viver humano, nascem da necessidade eminente de entender e agir sobre os fenômenos, o homem é entendido como ser indissociado do objeto, à medida que construímos representações sobre os objetos, definimos naquele objeto nossas impressões, e ao realizar uma re-leitura do fenômeno não conseguimos definir uma separação entre o puramente exterior e o interior a nós. Esta íntima relação permite um envolvimento profundo, tanto cognitivo, como afetivo e social na elaboração das representações.

Nas Representações Sociais, tornam-se importante, articular elementos afetivos, mentais e sociais, e integrar juntamente com a cognição, a linguagem e comunicação, as relações sociais que interferem nas representações e na realidade sobre as quais elas intervirão. Não existe possibilidade de conhecer o ser humano sem considerá-lo inserido numa sociedade, conhecendo sua história, seus aspectos culturais em dadas condições políticas e econômicas (LANE, 1999).

No entender de Pinheiro, Westphal e Akerman (2005), as Conferências de Saúde, sofrem modificações e novos rumos após a 8ª CNS e a CF de 1988, onde fica estabelecida a direção doutrinária da política de saúde do Brasil. Passam a ter uma nova institucionalidade: a de canal de participação social na gestão do SUS. O governo e os representantes da sociedade civil exercem sua função política de forma paritária, mediados pelos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, para desempenhar oficialmente as seguintes funções: definição da situação atual de saúde do país e elaboração das diretrizes de políticas públicas para a saúde.

Ao serem questionados os representantes dos usuários o que a IX Conferência Municipal de Saúde representou para ele, as respostas nos remeteu a conteúdos que possibilitaram a construção de três subcategorias apresentadas a seguir.

Subcategoria 2.1. Proposição de políticas públicas

As formas políticas como as representações da sociedade civil passaram a participar, no processo de construção de políticas públicas, variaram ao longo dos diversos contextos históricos. No Brasil, a emergência dos movimentos sociais se tornou chave para as transformações políticas das últimas décadas, na medida em que estes passaram a participar nas distintas arenas do cenário político, inseridos no processo de formulação, fiscalização e implementação das políticas públicas. (TÁVORA, 2009).

No sentido de propor políticas públicas, para o fortalecimento do SUS, o MS tem buscado implementar políticas de saúde sobre várias vertentes. Uma delas diz respeito à humanização. Conforme Benevides e Passos (2005), no momento em que se assume esta vertente como aspecto fundamental nas políticas de saúde, emerge a necessidade de que o conceito de humanização seja reavaliado e criticado para que possa efetuar-se como mudança nos modelos de atenção e de gestão, uma vez que este tema não tem sido priorizado, assim como pela fragmentação das práticas ligadas a programas de humanização.

Torna-se tarefa não muito simples garantir uma Política Nacional de Humanização da Saúde, sem que se confronte com o tema do humanismo na

contemporaneidade, pois que o pensamento no século XX foi fortemente marcado por uma crítica anti-humanista que deve agora ser retomada para que possamos nos reposicionar, e examinar o conceito de humanização na relação do Estado com as políticas públicas como experiência concreta (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Esta contextualização corrobora com o depoimento do usuário que se segue abaixo. A mesma se encontra de acordo com os elementos central *controle social, democracia, melhoria, mobilização e política* e com os elementos intermediários *participação popular, promover, saúde, cidadania, construção, discussão, empoderamento e responsabilidade* e com menos importância com os elementos *SUS, qualidade e união*, apresentados no quadro de quatro casas da figura 1.

[...] a importância é de indicar, políticas para serem seguidas, como a humanização [...] é uma importância muito grande, pelo fortalecimento do SUS, Sistema Único de Saúde [...] levando propostas da demanda da sociedade [...] (E1).

[...] as Conferências Municipais de Saúde, bem como as Estaduais, e/ou a Nacional são instâncias deliberativas, né, que elas acabam apontando diretrizes para o próprio Ministério, para as Secretarias Municipais, desenvolver suas atividades [...] um momento de discussão, importantíssimo, um espaço de discussão, um espaço de conquista, que nós devemos cada dia mais, é abraçar essa causa [...] (E3).

A representação torna possível a reconstrução do real por meio dos elementos que constituem o meio-ambiente, em dimensão ordenada e significativa para os membros de uma comunidade determinada. Esta interpretação da realidade é traduzida em um conjunto lógico do pensamento que vai construir a visão de mundo para uma dada coletividade (NÓBREGA, 1990).

O MS instituiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), com o propósito de adotar a humanização como política transversal. Ela reconhece que os serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública (BRASIL, 2009).

Na fala do usuário E2 o mesmo aborda o não cumprimento por parte dos gestores municipais com relação às propostas aprovadas na Conferência de Saúde. Segundo Paim (2007), no SUS, ressaltamos alguns obstáculos a serem enfrentados,

rumo à retomada do projeto da RSB, no que concerne ao arcabouço institucional, abarcando também aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial do sistema, parte da cultura organizacional do Estado brasileiro, patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizada por interesses privados.

Diante de tais fatos, vem sendo apresentado uma gama de problemas por conta das limitações legais estabelecidas em função da política econômica, como exemplo a lei de responsabilidade fiscal, que torna a gestão “engessada”, como também, as inadequadas alternativas subsidiárias das reformas gerencialistas, que têm como desdobramento a fragmentação do processo de gestão, e o amadorismo marcado pela insuficiência de quadros profissionalizados, com isso constata-se a reprodução de práticas clientelistas, fisiologistas, corporativistas em todos os níveis, com relação às pessoas que ocupam os cargos (PAIM, 2007). Corrobora-se com a fala a seguir.

[...] nós participamos, discutimos, elaboramos todas as políticas públicas, só que os gestores não cumprem as decisões da Conferência [...] discute, discute, discute nos grupos, a gente amarra todas as propostas e concretiza ela [...] só que o município, na verdade, não tem cumprido com seu papel (E2).

Após vinte anos do SUS, de acordo com Paim (2007), torna-se necessário reforçar certos propósitos que complementem e reforcem os princípios e diretrizes relativos à universalidade, integralidade, participação, descentralização e equidade. Assim, efetividade, resolutividade, legitimação, eficiência e sustentabilidade constituem elementos centrais para o seu desenvolvimento.

Na fala do usuário E2, o mesmo encontra-se em desacordo com o elemento intermediário *melhoria*, e de acordo com o elemento *discussão*.

O depoimento abaixo possibilitou analisar a representação social dos usuários na perspectiva da mobilização, participação popular, controle social, saúde como direito segundo os preceitos constitucionais de 1988; das Conferências como espaço de construção do poder popular. Conforme Stralen et al. (2006), a CF de 1988, como resposta à mobilização da sociedade civil, descentralizou a gestão das políticas públicas e sancionou a participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão. Ao se regulamentar as normas constitucionais, propiciou-se

inovações institucionais: Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais temáticas e conselhos gestores de políticas públicas de caráter permanente correspondentes, sendo que esses novos arranjos institucionais ampliaram a influência de diversos atores sociais nas instituições políticas.

A participação popular, na compreensão de Valla, Assis e Carvalho (1993), neste contexto das instâncias deliberativas do SUS, como as Conferências de Saúde, significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias. Como se sabe, o interesse de muitos grupos é exatamente o contrário, ou seja, que o serviço público permaneça sempre deficitário, impotente, desacreditado pela própria população que o mantém. É assim que os seguros-saúde conseguem crescer, aparecendo como a melhor saída diante do caos da rede pública.

A fala descrita abaixo conflui na perspectiva de luta deflagrada pelos movimentos sociais desde as décadas 1970/80. De acordo com Gohn (2004), devemos destacar, entretanto, que a participação da sociedade civil não pode se resumir à participação nos espaços das Conferências e Conselhos ou outros espaços criados na esfera pública. Até para que essa participação seja qualificada, no sentido de redefinir laços entre o espaço institucional e as práticas da sociedade civil organizada, de forma que não haja nem a recusa à participação da sociedade civil organizada, nem a participação movida pela polaridade do antagonismo a priori, e nem sua absorção pela máquina do Estado.

O Estado reconhece a existência dos conflitos na sociedade e as divergências nas formas de equacionamento e resolução das questões sociais, entre os diferentes grupos, e participa da arena de negociação entre eles. A participação, portanto, deverá advir de estruturas participativas organizadas de forma autônoma na sociedade civil. A estruturação do trabalho de base é fundamental para alimentar e fortalecer a representação coletiva nos colegiados da esfera pública. Esta esfera não pode ser vista como um degrau superior, que surgiu para eliminar ou superar formas e níveis de mobilização e organização que existiram na sociedade brasileira das décadas citadas anteriormente, pois devemos compreender numa visão por etapas, de forma linear e evolutiva (GOHN, 2004). De acordo com os depoimentos seguintes.

[...] lutando, tentando resolver os seus problemas, das suas associações, das suas comunidades [...] é uma forma de você lutar por alguma coisa [...] um caminho que nos leva a tentar resolver os problemas da nossa cidade, ou seja, ou da saúde [...] (E4).

[...] a gente tem que lutar chegar ali para lutar, né, pelo bairro da gente, né, pela comunidade, e foi ótimo, essa experiência aumentou muita coisa na minha vida [...] (E5).

[...] é a luta do direito das pessoas [...] está presente nas conferências de saúde [...] (E7).

[...] nós sempre lutamos pela saúde e segurança do trabalhador e da sociedade [...] e luto para uma saúde digna [...] (E8).

[...] um espaço importantíssimo para discutir políticas públicas em relação saúde [...] apresentar propostas [...] (E11).

[...] a possibilidade de qualificar essas políticas de saúde [...] (E12).

[...] levar as nossas propostas, né, [...] procurei saber quais são as demandas daqui do bairro, do caso do centro de saúde [...] eu tinha uma responsabilidade sob mim, para poder levar a proposta, ou negociar as propostas e ver qual é a melhor proposta que viesse [...] (E16).

Neste sentido, Gonh (2004), entende que representar as demandas e interesses da sociedade implica em realizar mediações e intermediações. Decisões políticas democráticas envolvem mudanças no campo estatal como da própria sociedade civil, desde que certos princípios democráticos não sejam abandonados, que sejam marcos referencial, como: justiça, liberdade, solidariedade e igualdade com respeito às diferenças.

Essa fala abordada anteriormente encontra-se de acordo com todos os elementos do núcleo central identificados neste estudo, como: *controle social, democracia, melhoria, mobilização e política*, sendo que este núcleo segundo Franco (2004), determina o significado de uma representação, e, simultaneamente contribui para sua organização interna. É necessário reiterar que o núcleo central, por sua vez, determina-se pela natureza do objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o contexto ideológico do grupo, e nesta perspectiva, evidenciamos que o elemento *controle social* encontra-se na primeira posição e possui evocação de vinte e oito vezes (28), pelos sujeitos estudados, conforme figura 1.

Devemos ressaltar, ainda, que é no âmbito desse núcleo que as representações sociais cristalizam-se, solidificam e estabilizam-se, a partir da

vinculação de idéias, de mensagens de homogeneização reificadas, as quais são mediadas pela realização de ações concretas e, basicamente, resistentes a mudanças.

No entanto, identificamos nas representações sociais dos usuários seguintes a abordagem de aspectos relativos à construção de poder popular, no sentido de beneficiar a comunidade, a sociedade, buscando frente ao governo, ao Estado, a melhoria das condições de vida da população. Santos (1997), afirma que a concepção de poder político-jurídico e o lugar do seu exercício é o Estado. Todas as outras formas de poder, na família, nas empresas, nas instituições não estatais são diluídas nos conceitos de relações privadas e de concorrências entre interesses particulares.

Todavia, a partir do século XVIII, surgiu nas sociedades modernas uma forma de poder bem mais disseminada e eficaz, o poder disciplinar, ou seja, o poder de normalização das subjetividades tornando possível para o seu desenvolvimento e institucionalização das diferentes ciências sociais e humanas. Esta forma de poder- o poder-saber das disciplinas cercou e esvaziou o poder político-jurídico (FOUCAULT, 1975; 1976 apud SANTOS, 1997, p.124).

O estudioso Michel Foucault vai além com o argumento da proliferação das formas de poder, a ponto do mesmo tornar-se reversível e autodestrutivo. É que se “o poder está em toda parte, não está em parte nenhuma”. No entanto, torna-se necessário encontrar uma via intermediária entre a concepção liberal e a Foucaultiana. Propomos que, as sociedades capitalistas são formações ou configurações políticas constituídas por quatro modos básicos de produção de poder, que se articulam de maneiras específicas. Distinguem-se nessas sociedades quatro espaços estruturais: o espaço doméstico, o espaço da produção, o espaço da cidadania e o espaço mundial (FOUCAULT, 1975; 1976 apud SANTOS, 1997, p.124).

Nas arenas das Conferências, espaços democráticos de deliberações do poder popular, é que encontramos consonância com o espaço de cidadania abordado anteriormente. Essas falas encontram-se entrelaçadas com os elementos do núcleo central e intermediário apresentados na figura 1, conforme pode ser percebido abaixo.

[...] as Conferências de Saúde [...] a partir da constituição de 88, a partir da construção do Sistema Único de Saúde [...] é sem dúvida um grande espaço de construção de poder popular, tanto que outros setores copiaram, né, a forma de organização do Sistema Único de Saúde através das Conferências Municipais, Estaduais, Conferência Nacional [...] (E6).

[...] um momento como esse de conferência onde se discute e se delibera sobre as políticas de saúde de um município [...] (E13).

[...] na verdade a proposta da conferência é na verdade poder reparar [...] discutir acerca de Políticas Públicas para que essas medidas venham serem adotadas em benefício da comunidade da sociedade como um todo [...] (E17).

[...] buscando frente ao governo, ao Estado, melhoria para essa população [...] (E21).

Nesta perspectiva, a cidadania como imaginário jurídico-político como afirma Fleury (2009), inicia uma espaço de lutas buscando atualizar os direitos sociais e permite a disputa por um conteúdo que vai desde a normalização burocrática até a construção de identidades emancipatórias. No contexto social vigente, com o processo de democratização da sociedade brasileira, com a promulgação da CF de 1988, esses espaços foram legitimados, permitindo o processo de construção, a cidadania através da participação popular no exercício do controle social.

Subcategoria 2.2. Exercício do controle social

O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, suas manifestações mais respeitáveis são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação, deixando o Estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem-comum (SANTOS; CARVALHO, 1992).

No entender de Jacobi (2000, 2000a), concebe-se a esfera pública como local de encontro e de disputa entre os princípios divergentes de organização da sociabilidade, onde os movimentos sociais se constituíam nos atores que reagem à reificação e burocratização dos domínios de ação estruturados comunicativamente, defendendo a restauração das formas de solidariedade postas em risco pela racionalização sistêmica.

No sentido do fortalecimento do SUS, o exercício do controle social constitui-se ingrediente imprescindível, onde os sujeitos sociais envolvidos no processo constroem sua cidadania. No entanto, as reflexões sobre a cidadania, no Brasil, centram-se nos obstáculos ao seu desenvolvimento, decorrentes da cultura política tradicional, e nas perspectivas da sua transformação. A nova dimensão da cidadania inclui, de um lado, a constituição de cidadãos enquanto sujeitos sociais ativos, e de outro lado, para a sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam permanecer nos lugares que lhes foram definidos social e culturalmente (DAGNINO, 2004)

A fala seguinte apresenta-se em consonância com os elementos, *controle social, democracia, mobilização e política*. Aborda-se o termo controle social na perspectiva da construção da cidadania. Conforme a fala seguinte.

[...] então tudo isso é uma negociação, é um exercício e a gente não tinha essa cidadania de primeiro, e se tornou um exercício e aí a gente foi aprendendo cada vez mais exercitar isso, e a defender (E16).

As práticas sociais que formam a cidadania, segundo Putnam (1994), constituem-se em um espaço privilegiado para o desenvolvimento pessoal, da obrigação mútua e da cooperação voluntária. A ampliação da esfera pública traz uma demanda à sociedade em termos de obter uma maior influência sobre o Estado, tanto como sua limitação, assumindo que a autonomia social supõe transcender as assimetrias na representação social, assim como modificar as relações sociais em favor de uma maior auto-organização social (JACOBI, 2000).

Na representação das falas abaixo, segundo Costa (2006), a universalidade do direito à saúde, na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado, tendo a participação social na gestão das políticas de saúde nos termos inscritos na CF de 1988, conformam um patrimônio da sociedade brasileira em seu processo de democratização. Estão subjacentes a este conjunto de princípios: a saúde como direito do cidadão, a ampliação do conceito de saúde, assim como a compreensão da potencialidade da participação social na definição das políticas de saúde. No entanto, torna-se um desafio consolidar estas conquistas do plano legal, transformá-

las em conquistas reais, devido à burocracia dos processos de gestão, principalmente no campo do setor público.

Assim como explicitadas a seguir.

[...] toda Conferência representa muito para a Sociedade Civil, é um momento de participação, foi um direito que foi garantido, é um exercício, é uma das formas, uma das poucas formas que existe de fato de participar [...] (E12).

[...] o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, plano de saúde dos brasileiros, que precisa ser fortalecido e para isso ter a participação efetiva do controle social [...] (E13).

[...] as Conferências representa a, o Controle Social, a participação democrática da população [...] (E14).

[...] a gente pode tá discutindo os interesses da população à nível de prevenção das doenças e promoção à saúde [...] (E19).

[...] é a luta pela saúde, direitos, direito da criança, do adolescente [...] é uma luta de sempre, pelo direito à saúde do cidadão brasileiro [...] (E20).

Na representação social elaborada acima evidenciamos o interesse em se discutir a prevenção das doenças e a promoção da saúde, no sentido do fortalecimento do SUS. Segundo Teixeira e Solla (2006), o debate sobre a promoção da saúde, no contexto internacional, acontece no sentido de buscar alternativas frente à crise dos sistemas de serviço de saúde, cuja origem encontra-se na reprodução de práticas cada vez mais insuficientes e que não se adéquam às mudanças demográficas, epidemiológica, culturais, políticas da sociedade contemporânea.

Neste sentido, a maior ampliação realizada no Brasil, no intuito de modificar o modelo de atenção hegemônico, credita-se à reorganização da atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado pelo MS em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994).

O modelo da vigilância da saúde objetiva instituir uma nova forma de relação com a população sob responsabilidade dos serviços de saúde, em que não apenas

os indivíduos devem ser vistos em sua integralidade como também o atendimento deve ser pautado na perspectiva do cuidado, acolhimento e respeito pelo outro (AERTS et al., 2004),

Dessa forma percebemos que nas falas dos referidos usuários estão “contidas”, que a Conferência de Saúde representa muito para a sociedade civil, um momento de participação popular, uma conquista democrática, da saúde como direito, o exercício do controle social.

Subcategoria 2.3. Desconhecimento do papel de delegado

O cientista político Gramsci nos *cadernos de cárcere*, afirma que o ponto de partida de qualquer elaboração crítica é o indivíduo tomar consciência de si mesmo, como produto de um processo histórico concreto. Essa consciência crítica de si é que permite que o sujeito se constitua como autônomo à medida que se liberta da designação que lhe atribuída no interior das relações de dominação, estabelecendo-se como um lugar próprio e singular, o qual pode falar de si e do mundo (SAID, 2006). E a visão de mundo é constituída por um sistema de valores e de normas ligados às necessidades econômicas, sociais e políticas da sociedade (MINAYO, 1994).

A base conceitual do pensamento gramsciano é a hegemonia cultural. A hegemonia cultural é o meio de manipulação do estado capitalista (GRUPPI, 1978).

Nas sociedades ocidentais, a hegemonia cultural provém principalmente da sociedade civil, através da formação e manutenção de aparelhos privados de hegemonia, como igrejas, escolas, universidades e associações, dentre outros. A burguesia mantém o controle sobre toda a sociedade, não apenas por meio da coerção política ou econômica, porém também pela cooptação ideológica, por meio de uma cultura hegemônica na qual seus valores e interesses particulares representam o "senso comum" da sociedade, não como uma percepção empírica e passiva da realidade material, mas como uma construção mental realizada por todo indivíduo, grupo e classe, a partir das idéias recebidas (GRAMSCI, 2004).

O Estado brasileiro de tradição autoritária com a existência de uma cultura política também autoritária, em muitos casos dificulta reconhecer e respeitar o outro como cidadão; a fragilidade da vida associativa e a própria resistência dos atores

sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns têm comprometido a efetiva participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde (COELHO, 2004). Como identificamos na representação da fala seguinte.

[...] eu mesma não sabia nem como era uma Conferência [...] eu não sabia que a gente podia [...] (E4).

[...] eu já tinha participado mais não tinha entendido muitas coisas, né? (E5).

[...] mas a minha idéia de ir pra lá era aprender, trazer, discutir a saúde lá e que essa saúde funcionasse, na verdade pra mim ela representou muito, mais na expectativa de que as pessoas que me indicaram para ser delegado, ela não, não representou nada para as pessoas que acreditou de eu ir pra lá pra trazer as informações, na verdade lá vi debates intensos que não acabou dando em nada [...] (E9).

[...] foi um aprendizado, foi um aprendizado, ai eu fiquei mais como um observador, aprendendo, verificando como é que funcionava [...] (E11).

[...] foi mais um aprendizado e mais um momento de crescimento [...] (E18).

Diante da abordagem anterior, nesses espaços pode ocorrer a participação de entidades ora representadas por sujeitos numa perspectiva de aprendizado, crescimento e satisfação pessoal, que corroboramos com Fleury (2009) quando se reporta ao dito por Lacan, onde este aponta que o primeiro objeto de desejo do ser humano é o de ser reconhecido pelo outro.

CATEGORIA 3. PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR (C3)

As Representações Sociais muitas vezes idealizadas a partir da disseminação de mensagens e de percepção advindas do “senso comum” refletem as condições contextuais dos sujeitos que as elaboram, condições econômicas, sociais, culturais dentre outras (FRANCO, 2004). Historicamente, o conhecimento acerca da participação social na sociedade envolveu o contexto de significado elaborado pelos sujeitos. Situando características a formação do saber, sendo os aspectos sociais,

históricos, psicológicos e intersubjetivos responsáveis por agregar constructo na formação de uma representação social.

Dessa forma, a concepção liberal, na obra de Gohn (2001), se baseia na igualdade dos indivíduos, caracterizando a participação popular como um meio que possibilita aos indivíduos a manifestação dos seus interesses, antes do ato decisório e deste modo ter suas necessidades atendidas. Encontramos uma aproximação dessa concepção com as arenas de articulação política das Conferências de Saúde, que se constituem em espaço de discussões, de aproximação da sociedade civil e Estado, ainda que institucionalizado, permite a explicitação e vocalização das demandas sociais (NAVAS, 2008). Essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, sendo a mobilização estratégia importante nesse processo (GUIZARDI, 2004),

A partir da década de 1990, tem aumentado a importância das Conferências de Saúde, tanto como *locus* de articulação das forças políticas favoráveis à reforma do sistema de saúde, quanto como canal formal e aberto onde se encaminha demandas e proposições dos representantes dos setores populares, que são os usuários regulares dos serviços financiados com recursos públicos (CORTÊS, 2002).

No entanto, a força dos movimentos popular e sindical é que determinará a ocorrência ou não de participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nesses fóruns. Mais que isso, o padrão de organização dos movimentos sociais influencia o modo como os usuários se envolvem nas atividades das Conferências (CORTÊS, 2002).

Ao questionarmos os representantes dos usuários de como ocorreu a participação do usuário na IX Conferência Municipal de Saúde, emergiu-se duas subcategorias a seguir, nas quais busca-se compreender as representações sociais da participação destes na referida Conferência.

Subcategoria 3.1. Participação de forma organizada e efetiva

A participação social não depende apenas, como tem se sugerido na literatura, do grau de organização e comprometimento dos atores da sociedade civil e do Estado. Depende também, do interesse, e da capacidade desses atores de definirem as condições de legitimidade democrática desses espaços, seja através do

estabelecimento de regras e procedimentos para a escolha dos que representarão a sociedade civil nesses espaços, seja através da organização, em seu interior, de processos de discussão e tomada de decisão que conduzam à efetiva participação dos representantes que dispõem de menos conhecimentos técnicos e recursos comunicativos (COELHO, 2004).

A luta pela conquista de espaços para aumentar a participação social, no Brasil, é inegavelmente, um dos aspectos mais desafiadores para a análise sobre os alcances da democracia. Os movimentos sociais organizados, apesar dos argumentos em torno da sua fragmentação, dispersão e fragilidade, colocaram na agenda da democratização a necessidade de garantir direitos sociais básicos como parte componente da conquista de cidadania (JACOBI; BARBI, 2007).

A participação social se configura nas práticas dos movimentos organizados, das entidades civis ou simplesmente de cidadãos, mobilizados através de fóruns e espaços públicos múltiplos e diferenciados, nos quais direitos e demandas coletivas são apresentadas como questões a serem incluídas na agenda pública (JACOBI, 2007).

Entende-se que no interior da sociedade civil, as classes se organizarão, determinando o novo modelo da sociedade brasileira. Somente uma situação onde as classes populares se façam representar, permite o encontro de soluções para seus problemas. A melhoria das suas condições de vida e de saúde, somente torna-se possível pela participação que tenham no processo de democratização (MERHY, 1977). Corrobora-se com as falas seguintes.

[...] de forma bem efetiva, né, fizemos primeiro antes de iniciar a Conferência, fizemos um debate de algumas propostas que a gente pretendia levar [...] nos organizamos de forma bem concisa pra defender essas propostas [...] ela aconteceu de uma forma bem organizada [...] a participação dos usuários são muito rica, é muita discussões que nos fazemos tanto nos grupos como na plenária para que possamos aprovar o melhor que for possível de política de saúde para a sociedade [...] (E2).

[...] Foi bastante calórica (risos), os usuários sempre assim, com suas entidades [...] o segmento usuário que foi para essa conferência para discutir, realmente, para discutir [...] propostas de melhoria quem traz mais para as conferências é o movimento dos usuários, é o segmento dos usuários, então, usuários têm grande participação nas Conferências [...] seja de propostas, seja polemizando, provocando discussões mais acaloradas, mais essa participação dos usuários é sempre forte [...] (E4).

[...] é uma participação ativa, de lutas, de discussões [...] a participação foi muita grande, é luta, é discussão interna, é briga, briga mesmo do usuário pra poder fazer valer os direitos do cidadão à saúde [...] foi bastante produtiva, participativa [...] foi bastante proveitoso. (E20).

Na representação dos usuários desta Conferência ficou evidenciado de acordo com a fala acima que os mesmos participaram de forma organizada, efetiva, muitos debates, muitas discussões, lutam para fazer valer os direitos dos cidadãos com relação à saúde, conquistados com a CF de 1988. No universo das representações sociais no contexto da PS, o autoconceito pode ser considerado uma organização hierárquica e multidimensional de um conjunto de percepções de si mesmo. O conteúdo dessas percepções é tudo aquilo que o indivíduo reconhece como fazendo parte de si. É adaptável, regulado pelo dinamismo individual, pelas características da interação social e pelo contexto situacional (ASSIS et al., 2003).

Essa representação corrobora-se com os elementos do núcleo central *controle social, democracia, melhoria, mobilização e política* o que reforça com os elementos do núcleo intermediário, *participação popular, promover, saúde, cidadania, construção, discussão, empoderamento e responsabilidade*.

Subcategoria 3.2. União do segmento visando fortalecimento

Seguramente, a participação social no Brasil constitui um fenômeno de grande competência e densidade, nunca visto na América Latina, que coloca novos desafios às teorizações sobre as democracias surgidas de regimes autoritários como no Brasil (JACOBI; BARBI, 2007).

A participação da sociedade civil na gestão pública introduz uma mudança qualitativa na medida em que incorpora outros níveis de poder além do Estado. O desafio maior dos movimentos sociais é o de romper com a lógica pautada pelo clientelismo e troca de favores, e para tanto diversas experiências têm mostrado que é possível criar espaços públicos democráticos e plurais de articulação e participação, nos quais os conflitos se tornam visíveis e as diferenças se confrontam, enquanto bases constitutivas da legitimidade dos diversos interesses em questão (JACOBI; BARBI, 2007).

A partir da mudança das práticas sociais existentes, na sua substituição por novas formas de referências, é que a constituição de cidadãos torna-se consubstanciada, sendo a participação um componente essencial neste processo. Isto ocorre, na medida em que o impacto dessas práticas na constituição de uma arena societária em expansão permite, aos sujeitos sociais ativos, perceber que a multiplicação de práticas democratizantes pode gerar mudanças nas suas vidas cotidianas (JACOBI, 2000).

Apreendemos nas falas dos usuários abaixo, a necessidade de união deste segmento com o segmento dos trabalhadores da saúde, visando seu fortalecimento, no sentido da aprovação das propostas. Dessa forma, identificamos nas falas, que as mesmas se encontram de acordo com os elementos do núcleo *central controle social, democracia, melhoria, mobilização e política* e com os elementos intermediários *administração, participação popular, cidadania, construção, discussão, empoderamento e responsabilidade*.

Isto reforça a importância dada aos termos pelos representantes dos usuários. Verifica-se também nas falas a consonância com o elemento *união*, elemento periférico, que se relaciona ao âmbito individual, que numa representação social indica tendências de mudança, que de acordo como Franco (2004) funcionam como esquemas organizados pelo núcleo central, garantindo funcionamento instantâneo da representação com grade de leitura de uma dada situação e, por conseguinte orienta na tomada de posições. Conforme fala seguinte.

[...] os usuários que tem um poder muito grande, que ele que usa a saúde todos os dias, é que faz a saúde na verdade funcionar acabou os usuários sendo cooptados para defender grupos de interesses das pessoas que estavam lá na Conferência [...] (E9).

[...] porque o usuário não é só quem tá na ponta, o trabalhador também, de certa forma ele é usuário, quando ele tira a farda, que ele necessita o atendimento médico ele passa a ser usuário, então houve uma integração do usuário para com o trabalhador e a participação foi boa [...] (E12).

[...] para defender as propostas de interesse do próprio segmento, uma articulação muito interessante com os trabalhadores de saúde que não deixam também de ser usuários [...] (E13).

[...] logo no começo assim, quando a gente começa a se conhecer logo, um conhece outro ali, que a gente não se via, e aí vinha pessoa de outro distrito e aí tinha que ter mesmo a defesa das propostas, aí é os usuários tem que saber defender [...] e ali negociar, tinha que

ser negociada, e bem negociada, você tinha que convencer a ele porque a sua proposta era a melhor pra todos, não para o seu distrito, não para o seu bairro, mas para toda a cidade [...] (E16)

Identificamos na fala abaixo, o entendimento com relação à questão da luta da saúde como direito, que se encontra de acordo com os elementos centrais *controle social, democracia, mobilização e política* e os elementos intermediários *participação popular, saúde, cidadania, construção, responsabilidade*. Fortalece o que está no “inconsciente coletivo” dos usuários deste estudo. Conforme fala seguinte.

[...] então é uma luta, uma batalha de todos os usuários da luta do direito à saúde, que é difícil a gente sabe disso [...] (E20).

Neste sentido, desde o início do processo da Reforma Sanitária Brasileira, o que se preconizava de acordo com Cortês (2009), era o direito à saúde, como condição essencial para consolidação da democracia, o direito como integrante dos direitos humanos. Na época, analisando de forma simplificada, com um pensamento linear, entendia-se que por meio da estimulação da participação dos usuários do sistema de saúde, houvesse uma crescente participação destes nos processos decisórios, o que resultaria na ampliação da oferta e da qualidade dos serviços de saúde para a população.

Assim, a saúde como direito, materializou-se com a promulgação da Constituição de 1988, com o capítulo da saúde e criação do SUS, com seus princípios e diretrizes. Embora saibamos da existência de obstáculos acerca da consolidação dessa política democrática, mas para tanto, é preciso que a participação popular se torne mais efetiva, extrapole os muros das instâncias colegiadas e deliberativas do SUS, que a sociedade participe na perspectiva da construção da cidadania, no exercício do controle social.

CATEGORIA 4. **ENTRAVES DA IX CMS (C4)**

Reportando-se ao significado do termo, conforme Houaiss e Vilar (2004, p.1165), a palavra entrave exprime ato ou efeito de enterrar; entramento; travação; obstáculo; embargo; impedimento.

Contextualizando, as representações sociais dos indivíduos se compõem de figuras e expressões socializadas, frutos da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia dos indivíduos dos diferentes estratos sociais; também são resultados do conteúdo psíquico, da individualidade de cada um, que interpreta as figuras e expressões socializadas segundo seu próprio potencial. São, ao mesmo tempo, ilusórias, contraditórias e verdadeiras e consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica - política de transformação. Retratam a realidade, embora não a conformem não se podendo tomá-la como verdade científica, nem reduzi-la à concepção que os atores sociais fazem dela (MINAYO, 1999).

Na abordagem da questão saúde no Brasil, no entender de Campos (2004), torna-se indissociável a reflexão sobre a criação e a luta contínua que se travou pela melhoria do SUS, como também o enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas. Definir saúde como produto dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde que integre às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação.

Dessa forma, o setor sanitário diante do problema, necessidades de saúde da população - insuficiência do conceito sob o marco biomédico-amplia seu olhar e seu espectro de ações, e nos força à construção de outras posturas, diretrizes e propostas que se integrem desde a formação dos profissionais de saúde até a efetivação das práticas de cuidado à população, passando pelo comprometimento dos gestores, no sentido da superação dos problemas (CAMPOS et al., 2004).

Entretanto, no contexto da RSB, considerada tardia, onde se preconiza princípios democráticos racionalizadores, com a implementação do SUS numa

conjuntura neoliberal, e com isso mudanças ocorridas na política de saúde pós Constituição de 1988, estes aspectos teriam levado a uma inclusão segmentada (FLEURY, 1994). Embora haja avanços político-administrativos, existe uma compreensão das dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas (CONILL, 2002).

Ao indagarmos os usuários se as propostas aprovadas na IX Conferência Municipal de Saúde estão sendo implementadas, emergiu-se a seguinte subcategoria.

Subcategoria 4.1. Questão política

Observa-se que existem muitos problemas para a efetivação e a prática do SUS. Há um paradoxo entre a legislação que prioriza a prática, a ação do Estado na saúde, e a realidade política e econômica, que faz o Estado reduzir sua ação social para dar espaço à livre concorrência do mercado. Portanto, existe um constante embate entre se privilegiar o aspecto econômico em detrimento das políticas de saúde, das ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, levando em consideração os determinantes sociais da saúde, tornando-a um campo marcado pela interdisciplinaridade, em que as Ciências Sociais apresentam um papel importante de ação (RONZANI; STRALEN, 2003).

Identificamos na fala abaixo, que a questão política muitas vezes constitui-se em obstáculo ao encaminhamento das propostas e a sua implementação por parte dos gestores. Como observamos a seguir.

[...] tem enfrentado pra tentar implementar as propostas, né, como falei, é o problema político, o entrave político é muito grande, isso tem dificultado bastante que essas propostas sejam encaminhadas, eu acho que esse é um grande problema hoje do controle social, nós realizamos Conferências, tiramos propostas avançadas, conseguimos fazer um debate qualificado, mas na hora da implementação na hora de encaminhar essas propostas tiradas nas Conferências, nós esbarramos na questão política, na burocracia, e na questão política, da questão do problema de gestão, então, esse é o grande problema [...] (E1).

Com relação à fala do usuário E1, ele ressalta como sendo um dos grandes problemas do controle social os entraves políticos. A necessidade do fortalecimento do controle social em suas bases comunitárias. No entendimento de Assis e Villa (2003), enquanto princípio orientador do SUS, o controle social, tem papel fundamental possibilitando a participação da sociedade na formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde. Ressalta-se a importância do controle social e a democratização da informação, que se reforçam mutuamente. É preciso que haja uma confluência entre o interesse do usuário em acompanhar e exigir uma boa qualidade do serviço prestado pelo SUS, com o interesse do serviço em informar e ser informado sobre suas falhas e inadequações, no esforço de melhorar, cada vez mais, suas ações e permitir visibilidade e transparência no exercício da prática cotidiana.

No depoimento acima podemos identificar a presença do elemento do núcleo central *política*, sendo este um dos elementos que define a representação, possui organização rígida e maior importância no arranjo cognitivo, e apresenta elevada frequência e prioritária evocação significando a importância dada ao termo pelos representantes dos usuários.

Considerando a representação do usuário E1 no que diz respeito à gestão, nos reportamos ao dito por Ceccim e Feuerwerker (2004), o papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões.

Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar constantemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. A formação para a área da saúde como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Neste sentido, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde, não pode ser considerado questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema (CECCIM, 2004).

Devemos ressaltar, que na fala do usuário E1, o aparecimento do termo *controle social*, vem reforçar o elemento central, significando a importância dada ao termo pelos representantes dos usuários.

Identificamos por meio da representação da fala do usuário E13, a questão do financiamento da saúde, que ora se encontra subfinanciada, a importância de se regulamentar a Emenda Constitucional - 29 (EC-29), e a necessidade da luta, na perspectiva da melhoria da situação de saúde da população, e verificamos que a mesma encontra-se em consonância com o elemento central *política*, o que reforça sua importância na concepção dos mesmos. Verificamos também a presença do elemento central *melhoria* no que tange a perspectiva dos mesmos na relevância em se disponibilizar um montante maior de recursos por parte do governo para o SUS. Como observamos a seguir.

[...] tem que cobrar, outras questões são macros, como a questão do financiamento da saúde, a saúde é ainda subfinanciada, a Emenda Constitucional (EC29), ainda não foi regulamentada, precisa ser regulamentada, para que se tenha mais verbas para a saúde, a CPMF que iria carrear mais recursos para a saúde, foi derrotada no congresso nacional, isso é um empecilho, o subfinanciamento da saúde, a gente tem que lutar [...] (E13).

A questão do subfinanciamento na fala do usuário E13 temática bastante debatida no âmbito da saúde, quando se discute a questão de recursos na área, e da forma como os mesmos encontram-se formatados. Conforme Ugá e Santos (2005), O sistema que se concebe na CF de 1988 para financiar o acesso universal e integral à saúde, constituiu-se, inegavelmente, em outro avanço importante no sentido da consolidação do SUS, de acordo com os seus princípios.

A instituição do acesso universal à saúde, enquanto um direito inerente à cidadania, coerentemente acompanhada da inserção do Setor Saúde no Sistema de Seguridade Social e, ainda, do financiamento setorial através do Orçamento da Seguridade Social dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais. Assim, nosso

sistema de saúde, constitucionalmente definido como sendo de acesso universal e integral, exhibe uma estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho welfariano, mas se aproxima do padrão estadunidense, sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde (UGÁ; SANTOS, 2005).

Com relação à Emenda Constitucional (EC29), tema bastante discutido, cuja regulamentação sempre tão almejada pelos movimentos sociais, encontra-se em vigência, onde fora aprovada desde o ano 2000, que de acordo com Ugá e Santos (2005), vincula recursos das diferentes esferas de governo para serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde. Estabeleceu que a União devesse aplicar em 2000 o montante de recursos empenhado em 1999, acrescido de pelo menos 5% e, no período 2001 a 2004, devia destinar à saúde o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto.

Na fala do usuário E16 os profissionais que trabalham no SUS necessitam de capacitação para que os mesmos possam atender suas comunidades de forma mais igualitária, com melhoria do nível de profissionalismo, e refere-se também ao Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que após solicitação do mesmo, são atendidos imediatamente. Neste depoimento identificamos a consonância existente com os elementos *melhoria e política*, assim como os elementos do núcleo intermediário *administração e responsabilidade*, estes quando tratamos da gestão.

Compreende-se que no “imaginário social” da referida representação está implícita a política de educação continuada e permanente implementada pelo SUS. Conforme fala seguinte.

[...] existe uma debilidade muito grande de profissionais no posto de saúde, na emergência do 5º centro, o nível de profissionalismo, acho que tá faltando capacitação para os profissionais, para os profissionais atender de uma forma mais igualitária, o usuário que chega que tá precisando de atendimento, ou pode ter sido uma melhora na questão da SAMU, a SAMU tá atendendo bem e aqui pelo menos aqui no bairro as pessoas falam que a SAMU, quando chama eles, vem imediatamente, o atendimento tá ainda, é, de zero a cem, ou de zero a dez tá nove, oito. A SAMU as pessoas falam bem [...] (E16).

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia basilar às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada tecnicamente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidades pedagógicas dentro do setor, isto é, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o SUS verdadeiramente como uma rede – escola (CECCIM, 2005).

De acordo com Merhy (2005) a educação permanente, quando dada à importância do lugar do trabalhador, como protagonista efetivo deste processo, a área da formação, como um lugar central, não mais como um lugar secundário, nesta perspectiva, retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para a condição de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

No entanto, na fala do usuário E17, relata-se a questão da diminuição do tempo de espera na aquisição de exame, onde se reporta ao elemento intermediário *administração* apresentado no quadro de quatro casas da figura 1, conforme abordagem seguinte.

[...] não na sua totalidade, algumas coisas têm melhorado, algumas coisas têm melhorado e outras estão por melhorar, por que a gente sabe que existem muitas políticas que foram colocadas como propostas de diminuição de tempo de espera na aquisição de exame, enfim, essas coisas que estão ainda por melhorar [...] (E17).

A questão política muitas vezes pode constituir-se em obstáculo à consolidação do SUS, que aparentemente pode ser paradoxal, no entanto, é importante considerarmos que nem sempre as representações políticas se encontram comprometidas com as demandas da população, no seu contexto social, econômico e cultural da sociedade.

CATEGORIA 5. APREENSÃO DE “CONTROLE SOCIAL” NA SAÚDE (C5)

Representação Social é a maneira com que os sujeitos apreendem os eventos da vida, que são reflexos de suas vivências, de suas informações, de saberes transmitidos pela tradição, educação e comunicação social. Uma caracterização da mesma é o senso comum, que consiste numa forma de conhecimento, elaborada e dividida socialmente e que contribui para organização de uma realidade comum a um conjunto social (JODLET, 2001).

Elas aparecem como instâncias privilegiadas de investigação científica, uma vez que incluem, em menor escala, ingredientes fundamentais do pensamento e da vida social. São, portanto, conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado pleno no contexto sócio-cultural e situacional em que se manifestam (QUEIROZ, 2000).

No âmbito da Sociologia, a expressão "Controle Social" geralmente é caracterizada nos dicionários como circunscrevendo uma temática relativamente autônoma de pesquisa, voltada para o estudo do “conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados” (BOUDON; BOURRICAUD, 1993, p.101).

O termo Controle social designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, que se refere às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: Estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada; relações interpessoais. No entanto, no Brasil utiliza-se em sentido mais estrito, referi-se basicamente a participação no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (BRASIL, 2009).

Quando indagamos aos representantes dos usuários o que no seu entendimento vem a ser o Controle Social emergiu-se duas subcategorias seguintes.

Subcategoria 5.1. Como política de Estado

De acordo com Fleury (2009), a obra que Gramsci introduz a concepção do marxismo contemporâneo sobre o Estado, que diferencia o Estado da sociedade

civil, causando uma ruptura com concepções já existentes. Para Gramsci (1971, p.43), “o Estado é todo conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e não apenas mantém sua dominação, como consegue também o consenso ativo dos governados”.

No Brasil com a democratização e a promulgação da CF de 1988, são constituídas no SUS, arenas de participação comunitária, canais onde demandas sociais são evocadas permeando o espaço de poder do Estado. Retomando o conceito de Offe (1984, p.145) de seletividade estrutural do Estado explica a maneira como as demandas populares, mesmo quando adentram o aparelho administrativo, são destituídas de seu conteúdo político nos meandros da burocracia estatal, preservando, dessa forma, os limites do sistema de acumulação, ainda que seja necessário contemplar também os requisitos da legitimação do poder.

Na perspectiva da política de Estado, o controle social pode ser traduzido na fala abaixo, como uma conquista importante do governo democrático, uma vitória que tem que ser preservada, ampliando a participação popular no sentido da melhoria das condições de saúde da população. Reporta-se à questão da luta da saúde como direito de todos definida nos preceitos constitucionais de 1988.

Essas falas se encontram de acordo com os elementos do núcleo central *controle social, democracia, melhoria, e política*, sendo, o núcleo central um subconjunto da representação, cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação radicalmente diferente à representação em seu conjunto. Por outro lado, é o elemento mais estável da representação, o que mais resiste à mudança (ASSIS et al., 2003).

Analisando neste estudo a arena de uma Conferência Municipal de Saúde é possível compreender a aparição do vocábulo em número de quarenta e uma vezes (41), *controle social*, entendendo que o exercício do mesmo torna-se condição necessária na construção da cidadania, rumo à consolidação do SUS. E as falas apresentam entrelaçadas com os elementos intermediários *participação popular, saúde, cidadania, construção, discussão*. Conforme descrita a seguir.

[...] o controle social, ele tem uma importância fundamental, né [...] importância porque traz as demandas da sociedade, né, então, é uma conquista importante que tivemos nesse governo democrático, no sentido de democratizar esses espaços para melhoria das condições de saúde da população [...] (E1).

[...] disputa democrática saudável, que foi conquistada em 88, mais o sistema de saúde, ele vai sendo conquistado e construído continuamente, né, é como é uma política de Estado, não é uma política de governo, independente que governo esteja [...] (E6).

[...] o controle é o coração do SUS, foi a grande conquista, depois da própria instituição do SUS, foi a maior conquista do povo brasileiro em 500 anos [...] O controle social é participação da sociedade na gestão do SUS, cobrando dos gestores uma atuação maior em termos de políticas públicas e cobrando implementação dessas políticas públicas de saúde [...] (E13).

[...] o controle social é, controle de uma política de saúde de uma política de governo, então, é a participação, da população, das lideranças do bairro, lideranças sindicais, para que venham juntos discutir uma política que melhore a situação da saúde da localidade [...] (E14).

O Controle Social no SUS institucionalizado como política de Estado não como política de governo, garantido por meio das suas instâncias colegiadas, obedecendo aos preceitos constitucionais de 1988, devem ser fortalecidos através da efetiva participação popular. Segundo Costa (2006), a consolidação do SUS requer a renovação permanente de iniciativas que visem resgatar, assegurar e implementar seus princípios, tais como idealizados na origem do processo da RSB, da 8ª CNS, do início da democratização da Saúde Pública Brasileira.

Subcategoria 5.2. Visão dos delegados em relação ao 'Controle Social'

Os atores sociais conforme Jacobi e Barbi (2002), que emergiu na sociedade civil após a década de 1970, à revelia do Estado, criaram novos espaços e formas de participação e relacionamento com o poder público. Estes espaços foram construídos, tanto pelos movimentos populares como pelas diversas instituições da sociedade civil que articulam demandas e alianças de resistência popular e lutas pela conquista de direitos civis e sociais.

Os movimentos não só tiveram papel importante no estabelecimento de estruturas democráticas fundamentais propícias à participação popular, mas também exerceram um impacto substancial sobre as formações normativas do eleitorado, e,

portanto, sobre a arena política formal. Ao gerarem novos elementos de conhecimento e de cultura, muitos movimentos imprimiram sua marca e orientaram sua ação pela defesa de práticas pautadas pela sua autonomia, pela necessidade de tornar visível a sua capacidade de auto-organizar-se e de desenvolver a democracia direta, transformando as carências do seu entorno de moradia em práticas reivindicatórias (JACOBI; BARBI, 2002).

No contexto brasileiro, posterior à promulgação da Constituição de 1988 e institucionalização de novos atores sociais por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, Assis e Villa (2003), considera que além de colocar como pauta de discussão da sociedade brasileira o direito à saúde, e ainda avança na compreensão desse conceito, passando a concebê-la enquanto resultante das condições de vida, assim como das formas de organização da produção. Cabe ao Estado a garantia das condições necessárias ao atendimento à saúde da população, ou seja, a saúde é um bem prioritário e uma condição para que o cidadão possa ter uma vida digna, produtiva e com qualidade.

Da mesma forma, corroborando com Buss (2000), sabe-se que muitos componentes da vida social, contribuem para uma vida com qualidade e são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico - assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes sociais da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população, através do controle social.

A fala abaixo percebe o sentido de controle social, a luta na busca de melhores condições de vida, estando de acordo com o elemento central *melhoria*, e dar condições de vida dignas a todo mundo, a todo ser humano, e encontra-se de acordo com o elemento central *democracia*. Neste sentido, com base nos enfoques de Moscovici (1976), é possível definir representação social como um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social. Conforme abordagem seguinte.

[...] controle social, no meu entender, é dar boas condições de moradia, de saúde, de educação, o controle social teria que dá condições de vida, dignas a todo mundo, a todo ser humano [...] (E4).

[...] eu não sei se o que eu entendo está certo, nós vivemos numa comunidade e nós precisamos de saneamento básico, precisamos de atendimento não só médico [...] controlar é você supri as necessidades da sua comunidade, eu entendo isso [...] (E15).

[...] ter um bom saneamento básico, pra mim é um controle social, essa violência que tá aí dentro do nosso Estado, a nossa comunidade tá faltando esse controle social, faltando políticas públicas de verdade por que aí passa por bom saneamento, boa iluminação pública, boa segurança, boa saúde, boa educação, boa moradia, com moradia digna, e também moradia com quantidade e qualidade [...] (E19).

Na representação social dos usuários seguintes os mesmos compreendem *Controle Social* como tudo aquilo que vem beneficiar a população seja pela participação da sociedade organizada no exercício da cidadania, seja por meio do papel do Estado, como mediador, regulador e provedor de melhoria das condições de vida da população. De acordo com os relatos seguintes.

[...] o controle social é na verdade, é a sociedade se organizando, né? e construindo junto com o Estado, né, as políticas necessárias para fazer funcionar o próprio Estado, então, o controle social eu entendo como a definição da sociedade civil organizada, na verdade, a gente se organiza de forma a representar o coletivo de usuários, um coletivo de trabalhadores [...] (E13).

[...] controle social é controle sobre a sociedade, a situação que ta aí, de guerra de tráfico, assalto, acho que a sociedade tem que ter um controle, assim, para evitar que não aconteça essas coisa, e na saúde também [...] (E5) [...] o controle social é um órgão que tem que discutir a parte social, porque se não tiver um controle social [...] o trabalho vai todo de água abaixo [...] controle social é quando você luta pela sociedade [...] (E8).

[...] controle social é toda participação de onde a gente está inserida fazendo que dentro desse controle [...] dinheiro público, principalmente, não seja gasto à toa, seja gasto de forma homogênea [...] é fazer toda uma participação em conjunta [...] (E12).

[...] me pegou agora (pausa), acho que o controle social acredito, que seja assim, é mais, não sei se bem isso, é o governo ter mais atenção da saúde, da comunidade, atendimento digno ao cidadão brasileiro, acredito que seja isso [...] (E20).

Uma concepção do ponto de vista teórico-conceitual equivocada. Mas traduz com isso o conceito do termo, *controle social*, que vem à tona, que ora encontra - se “registrado” no “imaginário social” dos mesmos. Está implícita nessa discussão a percepção da forma como os usuários exprimem suas concepções da sociedade em que vivem, que conforme Valla (1998), a própria idéia de uma participação popular surge, justamente, para se distinguir de outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho “correto” para as classes populares.

Subcategoria 5.3. Não entendimento do significado do termo

As representações sociais são elementos simbólicos que os homens expressam por intermédio do uso de palavras e gestos. No caso do uso de palavras, utilizando-se da linguagem oral, explicitam seus pensamentos, como percebem esta ou aquela situação, que opinião formula a respeito de determinado fato, assunto ou objeto, as expectativas que desenvolvem ao redor do seu meio social. Essas mensagens, mediadas pela linguagem, são construídas socialmente e estão, essencialmente, ancoradas no âmbito da situação real e concreta dos indivíduos que as emitem (FRANCO, 2004).

Nas décadas de 1970 e 1980, conforme analisa Dagnino (2002), uma conseqüência concreta da mobilização social contra a ditadura na busca da redefinição da noção de cidadania empreendida pelos movimentos sociais foi a emergência de experiências de construção de espaços públicos, tanto daqueles que visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas e assuntos até então excluídos de uma agenda pública, como daqueles que se constituem como espaço de ampliação e democratização da gestão estatal.

A partir daí inaugura-se uma grande diversidade de espaços públicos heterogêneos por natureza. A década de 1990 comporta uma participação pautada por antagonismos, confrontos e disputas entre projetos políticos alternativos, no entanto, a grande inovação constituiu o fato de traduzirem uma aposta generalizada na possibilidade de uma atuação conjunta entre o Estado e a sociedade civil (DAGNINO, 2002).

Segundo Labra e Figueiredo (2002), no Brasil, a democratização e a descentralização abriram espaço para inúmeras experiências de participação

popular em arenas de decisão de políticas públicas. A aquisição de uma cultura cívica está vinculada a maiores graus de igualdade socioeconômica entre os cidadãos, sendo esses dois fatores os meios mais idôneos para avançar no aperfeiçoamento da democracia substantiva. O Brasil, nessa trajetória, é um paradoxo, devido à permanência de abissais iniquidades e, ao mesmo tempo, de extraordinários avanços em termos de uma democratização política conseguida a muito custo por grandes mobilizações populares de cujas bandeiras fez parte a conquista do direito à saúde.

Embora o tema *Controle Social* considerado relevante na construção democrática do SUS, e continua sendo tema importante, dos mais debatidos nas Conferências de Saúde Municipais, Estaduais e Federais, e de inúmeras publicações e muitos debates, não são percebidos por muitos dos sujeitos sociais envolvidos e participantes do processo. Conforme falas seguintes.

[...] não sei não, aí eu não sei não, já ouvi falar muito sobre o controle social, esse assunto, controle social, ainda não tô dominando, eu não sei como passar, por que essa parte assim, eu não tenho domínio, eu não tenho nem palavras para dizer. Já ouvi falar e tudo, já recebi uma cartilha aqui, não li ainda, não sei como responder isso, aí não tenho idéia [...] (E7).

[...] no meu entendimento, eu entendo muito pouco, acho que tema inclusive a conferência tinha, tem esse poder de dizer o que é o controle social, por que na verdade eu já participei de três conferências mais até hoje não consigo entender o que é o controle social. Um tema que tem que ser discutido na conferência é o controle social, que eu tenho certeza que a maioria das pessoas que vocês forem entrevistar [...] dos que vai para as conferências ele não entendi disso aí [...] (E9).

[...] o controle social bom, se nós temos um problema de hipertensos aqui, vamos ter um serviço de hipertensos na nossa comunidade, no nosso posto, se nós temos um número de diabéticos, precisamos que aqui nosso posto, eu entendo isso, tenha um serviço de atendimento ao diabético, se temos problemas de drogados, vamos fazer pelo menos uma vez no mês um trabalho direcionado, para esse ou aquele problema, que tem em nossa área, não sei se eu tô certa [...] (E15).

[...] olha ainda não ouvi essa nomenclatura, controle social, se a senhora puder me dá alguma explicação posso dizer, o que é, o que na verdade eu posso definir mais e melhor sobre isso [...] (E17).

[...] Controle social, assim, de imediato, fica um pouco complicado, né? controle social (pausa), a cabeça agora, não vi falar em controle social, e sim, responsabilidade social, controle social é voltado pro meio, para a sociedade, na verdade, visa o bem-estar, a qualidade de vida da sociedade nesse segmento [...] na saúde nunca vi falar sobre controle social [...] (E21).

Observamos na análise deste estudo, que muitos legítimos representantes, como os delegados do segmento usuários, sequer entende o significado do termo *controle social*. Neste sentido, há necessidade de maior politização de determinados segmentos sociais no que diz respeito às políticas públicas de saúde, ampliando conhecimento sobre o que vem a ser *Controle Social*, participando assim da construção da cidadania.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de redemocratização vivenciado pela sociedade brasileira trouxe como uma de suas principais e grandiosa conquista, a universalização dos direitos sociais, dentre eles o da saúde, com a criação do SUS, consagrado pela Constituição de 1988. As Leis Orgânicas da Saúde, 8.080/90 e 8.142/90, operacionalizaram os princípios constitucionais do SUS e ainda definiram como ocorreria a participação da sociedade dentro desta nova concepção, como forma de assegurar e responsabilizar os usuários pela defesa de seus direitos, nas instâncias coletivas propostas que são os Conselhos e Conferências de Saúde.

Assim, a participação da comunidade no SUS configurou-se como uma conquista social, mas a implementação das Conferências de Saúde na década de 90, não ocorreu de forma homogênea. Sua implantação foi uma conquista da sociedade civil organizada e representou a luta pelo cumprimento da Lei 8.142/90, que determinava que as Conferências de Saúde, Nacional, Estadual e Municipal, aconteçam a cada quatro anos. Vale ressaltar que no âmbito Municipal e Estadual este prazo pode ser reduzido por determinação legal.

O Brasil tem uma tradição política autoritária, de um Estado patrimonialista, que dificulta a participação da população na definição de políticas públicas. Desta forma, a participação da sociedade organizada nas Conferências de Saúde, ganha conformidade a partir de correntes políticas dos anos de 1970, influenciadas pelos Movimentos Sociais. A ausência de uma prática forte de participação da população na definição das políticas públicas no país fez com que houvesse a necessidade de garantir, por força de lei, espaços para esta atuação.

Assim, as Conferências de Saúde passaram a ser entendidas como uma possibilidade e limite para essa participação. Possibilidade, quando dá garantia legal de existência de espaços para produção de novas subjetividades, e limite, quando se avalia os riscos de cooptação.

Desta forma, ao ser analisada a participação dos movimentos sociais segmento usuários em uma conferência municipal de saúde de um município baiano verificamos que o seu desenvolvimento se deu de forma organizada, efetiva, com muitas discussões calorosas em busca de fazer valer o direito do cidadão, de onde

foram retirados os encaminhamentos que contribuíram para o planejamento da saúde do mesmo.

Quanto à apreensão destes sobre a representação social do que vem a ser Conferência Municipal de Saúde de Salvador obtivemos como elementos do núcleo central: controle social, democracia, melhoria, mobilização e política o que foi convalidado nos discursos entrevistados em relação à sua participação como representante em uma conferência de saúde.

Os participantes do segmento usuários da conferência em estudo foram identificados que a maioria destes encontrava-se na faixa etária de 50 a 59 anos o que nos leva a inferir a existência de uma maturidade com relação à vivência e à atuação nos movimentos sociais. Verificamos que há equilíbrio em termos de participação entre os gêneros, e que a grande maioria deles possui um grau elevado de escolaridade e renda familiar baixa.

Desta maneira, os objetivos propostos neste estudo foram alcançados e respondidos de forma satisfatória ao esperado pelo pesquisador.

Portanto, a expectativa é que este trabalho contribua para uma reflexão junto ao meio científico e dos serviços, no sentido do fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde, principalmente na temática sobre as Conferências de Saúde, com o propósito de alavancarmos rumo às mudanças necessárias, não apenas com o intuito da consolidação do Sistema Único de Saúde, mas também, no avanço do processo da Reforma Sanitária Brasileira e com isso alcançar a melhoria dos indicadores epidemiológicos, sociais e culturais da população brasileira, conquista tão almejada pelos movimentos sociais.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. *Méthodologie de recueil des représentations sociales*. In: _____. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994, p. 59-82.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: OLIVEIRA, Denize Cristina; MOREIRA, Antônia Silva Paredes (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-37.

ACIOLE, Giovani Gurgel. Uma Abordagem das dimensões pedagógicas do exercício do controle social. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p.161, maio/dez. 2006.

AERTS, Denise et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1020-1028, jul./ago. 2004.

ARATO, Andrew. Representação, soberania popular e accountability. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 55-56. 2002.

AROUCA, Sergio. A Reforma Sanitária Brasileira. **Tema, Radis**, n.11, 1988. Disponível em: <http://bvsarouca.iciict.fiocruz.br/sanitarista05_p.htm>. Acesso em: 10 jan. 2009.

ARRUDA, Ângela. Teoria das Representações Sociais e Teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p.127-147, nov. 2002.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O Controle Social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p.376-82, maio/jun. 2003.

ASSIS, Simone et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p.669-680, 2003.

AVRITZER, Leonardo. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n.49, 2000.

BAHIA. **Relatório da IX Conferência Municipal de Saúde. Saúde e Qualidade de Vida: Desafios para Efetivação do Direito Humano à Saúde no século XXI**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAQUERO, Marcello. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: FLEURY, Sonia, LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. 288p.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set. 2005.

BOUDON, Raymond; BOURRICAUD, François Rivera. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Ática, 1993. 653p.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e Saúde**. Relatório final. Brasília (DF): Ministério da Educação e Saúde, 1941.

_____. Ministério da Saúde. **6ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1977.

_____. **Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde**. Extensão das ações de Saúde através dos serviços básicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1980.

_____. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Saúde como direito: reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1987.

_____. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Tecnoprint, 1988. 128p.

_____. **Lei n. 8142, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 1996.

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Relatório da XII Conferência Nacional de Saúde.** Conferência Sérgio Arouca. Saúde como direito de todos e dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Pacto de Gestão:** garantindo Saúde para todos. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Municipal de Saúde, "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento"**. Relatório final. Minas Gerais: Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília (DF): CONASS, 2009a.100p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **O que é HumanizaSUS,** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009b.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.745-749, jul./set. 2004.

CARVALHO, Antonio Ivo do. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação Cidadã e Controle Social.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/Fase, 1995. 136p.

CARVALHO, Sergio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria a "*Empowerment*" no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.1088-1095, jul./ago. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n.1, UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.

COELHO, Vera Schattan; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? São Paulo: Editora 34, 2004.

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 (Suplemento), p.191-202, 2002.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.319-328, 2001.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios para o Controle Social: Subsídios para capacitação de conselheiros de Saúde. In: **O Poder Político do Mercado e seu Reflexo nas Políticas Públicas e na Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 21-46.

CORTÊS, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

_____. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.9-12.

COSTA, Nilson do Rosário. Transição e Movimentos Sociais Contribuição ao debate sobre a Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.2, n.4, p. 207-225, abr./jun. 1988.

COSTA, Ana Maria. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, Brasília, v.15, n.2, p.47-55, maio/ago. 2006.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: _____. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 9-15.

_____. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** In: MATO, Daniel. (coord.). Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, p.95-110.

DUVEEN, Gerard. O poder das idéias (Introdução). In: MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A.Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p. 7-28.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 59-73, 1993.

ESCOREL, Sara. **Reviravolta na saúde, origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208p.

ESCOREL, Sara; BLOCH, Renata Arruda. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschmann, Silvia; Edler, Flávio Coelho (org). **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. In: _____ FADEL, Luiz Carlos. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.20-41.

FLEURY, Sônia. **Estado sem Cidadãos – Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, Sônia. Saúde e democracia: a luta do CEBES. In: _____. **A questão democrática na saúde**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, Sonia et al. **Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira. A Questão Democrática na Área da Saúde**. Rio de Janeiro, 2007, p.149-151.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.743-752, maio/jun. 2009.

FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Participação, Democracia e Saúde. In: FLEURY, Sonia. **Socialismo e democracia: o lugar do sujeito**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. 288p.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Representações Sociais, ideologias e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, v.34. n.121.p. 169-186, jan./abr. 2004.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Cortêz, 2001.

_____. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, maio/ago. 2004.

_____. Movimentos Sociais no século XXI: antigos e novos atores sociais. In: _____. **Movimentos na atualidade**. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007.

_____. Teoria dos Movimentos Sociais. _____. In: **Movimentos Sociais e ONGs no Brasil na era da globalização**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2010, p.295-343, 391p.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.15-39, 2004.

GUIZARDI, Francini Lube. **Do controle social à gestão participativa: perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS**. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008. 258p.

HOUASSIS, Antônio; VILAR, Mauro de Sales. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: objetiva, 2004.

HUBER, Angela Werner de Campos et al. **O Controle Social no SUS e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família no conselho local de saúde do bairro Monte Cristo - Florianópolis – SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

JACOBI, Pedro Roberto. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2000.

_____. Educação, ampliação da cidadania e participação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 2, jul./dez. 2000a.

JACOBI, Pedro; BARBI, Fabiana. Democracia e participação na gestão dos recursos hídricos no Brasil. **Rev. Katál**. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 237-244, jul./dez. 2002.

_____. Democracia e participação na gestão dos recursos hídricos no Brasil. **Rev. Katál**. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 237-244, jul./dez. 2007.

JODLET, Denise. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: _____. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, p.17-44, 2001.

KRÜGER, Tânia Regina. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de PPGSS, Recife, 2005.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, St. Aubyn. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LANE, Sílvia. Usos e abusos do conceito e Representação Social. In: SPINK, Mary Jane (org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999, p.58-72.

LIBERAL, Maria Helena. **Representações sobre ser conselheiro em conselho local de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2006. 107p.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. Representação no interior da experiência de participação. **Lua Nova**, São Paulo, n. 70, p. 139-170, 2007.

LÜCHMANN, Maria Helena Hahn. Os sentidos e desafios da participação. **Ciências Sociais Unisinos**, Santa Catarina, v. 42, n. 1, p.19-26, jan./abr. 2006.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n.1, p.73, jan./abr. 2001.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde. O Sistema Único de Saúde**: Um Processo social em construção. São Paulo: Hucitec, 1996, p.57-97.

MERHY, Emerson Elias. Democracia e saúde. In: **Saúde em debate**. Londrina: CEBES, n. 4, p. 7-13, jul. 1977.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Interdisciplinaridade**: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-63, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Fala galera**. Juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond,1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

MONTEIRO, Maria Gabriela, FLEURY, Sonia. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.30, n.73/74, p.219-220, maio/dez. 2006.

MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005.

MOSCOVICI, Serge. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1976.

MOURA, Joana Tereza Vaz. **A representação política de organizações da sociedade civil nos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional e a busca pela legitimidade**. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. 270p.

NAVAS, Adriane Moreira Mesquesini Salles. **A participação popular na gestão do Sistema Único de saúde - SUS: limite e possibilidades**. Dissertação (Mestrado) Universidade estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, São Paulo, 2008. 208p.

NÓBREGA, Sheva Maia da. **As representações sociais**. (Texto apresentado na forma de "Mémoire", no Curso de Doutorado em Psicologia da Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris. Tradução parcial e revisada do trabalho intitulado "La maladie mentale au Brésil: étude sur les representations sociales de la folie pour des sujets internes à hospital psychiatrique et leurs familles", Paris, 1990. 76p./mimeografado.

_____. **Sobre a Teoria das Representações Sociais. Representações Sociais Teoria e Prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. 464p.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. A política de Saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 445-450, 2001.

OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n.6, Dec. 2004.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural da Representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes.(Org). **Perspectivas Teórico-metodológicas em representação Social**. João pessoa: EDUFPE, 2005. p.573-603.

OMS. **Declaração Universal dos direitos humanos**. Artigo XXI, 1948.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2002. p.91-400.

_____. **A Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese (Doutorado), Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007. 149p.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, n. 12(Sup), p.1819-1829, out., 2007.

PAULINO, Luciana Fernandes. **Representações sociais de velhice, cegueira e direitos sociais em instituições especializadas em deficiência visual.** Dissertação (Mestrado), UFRJ/CHCH/ESS/PPGSS, Rio de Janeiro, 2007. 268p.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria. AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.449-458, mar./abr., 2005.

PINTO, Céli Regina Jardim. Espaços Deliberativos e a Questão da Representação. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v.19, n. 54, p. 1-18, fev., 2004.

POLIT, Denise Fagundes; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

PUCINI, Paulo de Tarso. A Humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

QUEIRÓZ, Marcos. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.363-375, abr./jun. 2000.

RONZANI, Telmo Mota. STRALEN, Cornelis Johannes Van. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003.

ROUQUETTE, Michel-Louis. As representações sociais no quadro geral do pensamento social. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis (RJ): Vozes, 1996.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAID, Edward. **Orientalismo**. 4. ed. Barcelona: Ediciones de Bolsillo, 2006.

SANTOS, Lenir dos; CARVALHO, Guido Ivan de. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n. 34, p.60-66, mar. 1992.

SANTOS, Boaventura de Souza Santos. (org). **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 1997.

SOUZA FILHO, Edson Alves de Souza. Análise de representações sociais. In: SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SPINK, Mary Jane. The Concept of Social Representations in Social Psychology. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 302, jul./sep. 1993.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.366-378, oct./dec. 1992.

STRALEN, Cornelis Johannes Van et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 621-632, jul./set. 2006.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.30, n.73/74, maio/dez. 2006. 151p.

TÁVORA, Renata Souza. **A participação social na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador: uma análise de redes sociais**. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Centro de desenvolvimento sustentável, Brasília (DF), 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente**. Salvador: Edufba, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

UGÁ, Maria Alcía Dominguez; MARQUES, Rosa. **O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 193-233.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; SANTOS, Isabela Soares. A estrutura do financiamento do SUS. In: **Uma análise da equidade do financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro**. Relatório de pesquisa. Projeto economia da saúde cooperação técnica Brasil – Reino Unido. Rio de Janeiro, 2005.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia Social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006.

VALLA, Victor Vicente; ASSIS, Mônica de; CARVALHO, Mariângela de. **Participação Popular e os Serviços de Saúde: O Controle Social como Exercício da Cidadania**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), 1993.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.14(Sup. 2), p.7-18, 1998.

VIZEU, Fabio; BIN, Daniel. Democracia deliberativa: leitura crítica do caso CDES à luz da teoria do discurso. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.83-108, jan./fev. 2008.

APÊNDICE A:

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme normas da resolução 196 de 10 de outubro de 1996.

Participação dos movimentos sociais na IX Conferência Municipal de Saúde no município de Salvador: construção do Sistema Único de Saúde

OBJETIVO GERAL: Avaliar a participação dos movimentos sociais na IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador-BA.

PROCEDIMENTO DA PESQUISA: O procedimento adotado para a coleta dos dados obedecerá à seguinte ordem: Aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB; Notificação à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para início da coleta; para coleta dos dados que ocorrerá mediante aceitação dos sujeitos do estudo, sendo realizada a leitura do protocolo de pesquisa e assinatura de termo de consentimento; e aplicação do questionário e da entrevista que será gravada em aparelho digital.

PARTICIPAÇÃO: A integração à pesquisa será de maneira voluntário ficando a critério do informante o desejo de participar ou não do estudo através da informação de seus dados e opiniões acerca do assunto abordado, não havendo nenhuma penalidade caso recuse a tal ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Em momento nenhum o informante estará exposto a riscos devido a sua participação nesta pesquisa, já que os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não disponibilizando pra terceiros. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis e colaboradores, não sendo identificados os informantes. Se vier a ocorrer danos, o tratamento será oferecido sem ônus ficando sob a responsabilidade dos respectivos pesquisadores: Mara Rúbia Carrilho Santos e DSc. Cezar Augusto Casotti.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa possibilitará compreender a importância da participação dos movimentos sociais na IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador. Contribuição à produção do conhecimento, e tentativa de entendimento de fases históricas brasileiras e, sobretudo a tentativa de aplicar e agir com tal conhecimento na área de Saúde.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO:

Eu, _____, concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família.

A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

COMPROMISSO DOS PESQUISADORES: Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontradas no contato abaixo:

Mara Rúbia Carrilho Santos

Email: rubiaccarrilho@hotmail.com

Telefone de contato: (71) 81442676.

Salvador - BA ____ de _____ de 2009

Nome do informante do estudo

Assinatura do informante do estudo

Mara Rúbia Carrilho Santos
Pesquisadora Responsável

O termo de consentimento será assinado em duas vias, uma que ficará com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora principal.

APÊNDICE B:

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Favor responder ao questionário abaixo

1) Idade: _____

2) Sexo: F () M ()

3) Estado Civil: () solteiro () casado () outros

4) Grau de escolaridade:

() Sem escolaridade

() 1º Grau incompleto () 1º Grau completo

() 2º Grau incompleto () 2º Grau completo

() Superior incompleto () Superior completo

4) Etnia: () Amarelo () Branco () Negro () Índio () Pardo

5) Qual a sua renda familiar? _____

6) Quantos indivíduos residem em seu lar? _____

7) Há quantos anos atua junto aos movimentos sociais?

8) De quais movimentos sociais o Sr(a) já participou?

9) O Sr(a) é filiado a algum partido político? () Sim () Não () Simpatizante.

Qual Partido: _____

10) De quantas Conferências Municipais de Saúde o Sr(a) participou:

11) Na IX CMS de SSA qual entidade o Sr(a) representou:

12) As propostas apresentadas por seu distrito Sanitário na pré-conferência foram aprovadas na IX CMS de Salvador? Sim () Não () Em parte ()

13) Alguma proposta do seu Distrito Sanitário aprovada na IX CMS de Salvador foi executada? Sim () Não () Qual?

14) Na sua opinião como foi a participação dos usuários na IX CMS de Salvador?

() muito eficiente () eficiente () pouco eficiente () nada eficiente

15) Das categorias abaixo presente na IX CMS de Salvador qual tem maior influência em termos de participação?

() usuários () gestores () trabalhadores da saúde

Grato pela atenção

APÊNDICE C:

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Departamento de Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Entrevista com representantes do segmento usuários que participaram da IX CMS

- 1) Como aconteceu a sua indicação para participar como representantes dos usuários na IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador – BA?
- 2) As propostas elaboradas nas pré-conferências distritais contemplaram a situação de saúde da sua localidade?
- 3) As propostas da pré-conferência distrital apresentadas ao plenário na IX Conferência Municipal de Saúde foram aprovadas?
- 4) A IX Conferência Municipal de Saúde trouxe mudança para a saúde em seu distrito sanitário?
- 5) As propostas aprovadas na IX Conferência Municipal de Saúde estão sendo implementadas?
- 6) No seu entendimento o que é o Controle Social?

APÊNDICE D:



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Teste de evocação livre de palavras para usuários

Escreva cinco palavras que lhe vem à mente quando você escuta o termo
“Conferência Municipal de Saúde de Salvador”.

ANEXO A: Ofício Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 19 de novembro de 2009

Of. CEP/UESB 372/2009

Ilma. Sra.

Mara Rúbia Carrilho

Mestrado em Enfermagem e Saúde - PPGES

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **175/2009**

Projeto: **PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR: CONTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Pesquisadores: **Mara Rúbia Carrilho (mestranda)**
Prof. Cezar Augusto Casotti (orientador)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: Ofício do Conselho Municipal de Saúde de Salvador

From: CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DO SALVADOR ☎ 3370877

P. 01



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

Salvador, 16 de julho de 2009.
Of. CMS Nº. 092/2009.

Prezada Senhora,

Em resposta a **solicitação encaminhada através de fax, em 07 de julho de 2009**, informamos que encontra-se disponível na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Salvador – CMS/SSA, cópia do Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde de Salvador CMS/SSA.

Quanto aos relatórios das pré – conferências não foram repassados para o Conselho no período que se deu a Conferência.

Na oportunidade, solicitamos um contato prévio para que seja agendada data para consulta da referida documentação.

Atenciosamente, *Maria Ângela da Mata Santos*
Presidente CMS/SSA

Maria Ângela da Mata Santos
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Salvador – CMS/SSA

ATT.:
Dra. MARA RÚBIA CARRILHO SANTOS
Mestranda em Saúde Coletiva - UFSB