

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

FERNANDA BELLÉ BARICHELLO

Práticas narradas: comunidade, participação e controle social no SUS

Porto Alegre

2011

FERNANDA BELLÉ BARICHELO

Práticas narradas: comunidade, participação e controle social no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Porto Alegre

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B257p Barichello, Fernanda Bellé

Práticas narradas: comunidade, participação e controle social no SUS / Fernanda Bellé Barichello. Porto Alegre, 2011.

86 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS, 2011.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo.

1. Psicologia. 2. Complexidade. 3. Controle social. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Conselho Municipal de Saúde. I. Scarparo, Helena Beatriz Kochenborger. II. Título.

CDD 301

150.9

Bibliotecária Responsável

Isabel Merlo Crespo

CRB 10/1201

FERNANDA BELLÉ BARICHELO

Práticas narradas: comunidade, participação e controle social no SUS

Dissertação apresentada para obtenção de grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Presidente

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

Prof.ª Dr.ª. Gleny Terezinha Duro Guimarães

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PUCRS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos dois homens que amo. Ao meu pai, Idemar, por ter se dedicado ao seu trabalho e, assim, possibilitar que eu me dedicasse ao meu crescimento profissional. Ao meu noivo, Maicon, pelo cuidado e pela paciência ao longo desta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Idemar e Marlene, pelos exemplos de cuidado, carinho e amor, gestos sinceros que vou levar para toda a minha vida. Por acreditar na minha profissão, mesmo que esta tenha me ausentado de suas preciosas companhias.

A minha irmã Danusia, por acreditar nos seus sonhos e me ensinar a acreditar nos meus. Pelo respeito aos momentos em que precisei estar ausente, mesmo desejando estar presente.

Ao admirável modelo profissional da minha orientadora, Helena, pelos momentos de carinho e de risos, mas, acima de tudo, pelo comprometimento e respeito aos meus limites.

Aos (às) colegas integrantes do Grupo de Pesquisa Psicologia e Políticas Sociais: Memória, História e Produção do Presente, e aos (às) demais colegas do mestrado, pelos momentos de socialização de conhecimentos, apoio e risos durante o processo de mestrado.

Aos (às) professores (as) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e a todos (as) aqueles (as) docentes que atravessaram, com muita humildade, o meu processo de produção de conhecimento, pelas problematizações promovidas em aula e pelo desejo em socializar suas experiências.

À professora Ana Cristina, pelo incentivo em continuar o processo de formação profissional.

À colega e amiga Maria Luiza, por ter me conduzido e apoiado na busca pelo mestrado, pelo exemplo de persistência e confiança.

Às colegas de mestrado Ana Cláudia, Andressa, Eliane, Paula e Yáskara, simplesmente pela suas existências, no lugar certo, na hora certa, no momento certo. Com a companhia e a amizade de vocês esta trajetória ficou muito mais completa.

Aos (às) queridos (as) colegas e parceiros (as) de andanças pelo SUS, por confiarem numa prática melhor e por me fazerem crer que esta luta é possível.

Aos (às) Conselheiros (as) Municipais de Saúde do município onde foi realizada a pesquisa, pela disponibilidade para esta pesquisa e por acreditarem que um caminho mais participativo está sendo construído.

Aos (às) colegas e gestores (as) da Unidade Básica de Saúde onde exercito a profissão de psicóloga, por acreditar na minha profissão e por compreender os momentos de ausência.

Ao Centro de Aperfeiçoamento de Pesquisa do Ensino Superior (CAPES), pelo incentivo à realização desta pesquisa.

RESUMO

Esta dissertação tem como foco de análise as políticas públicas de saúde na perspectiva do controle social. Apóia-se nos operadores do pensamento complexo propostos por Edgar Morin especialmente nas noções de holograma, recursividade e dialógica. Na primeira seção intitulada “Movimentos sociais em saúde: um olhar para a complexidade”, se explora teoricamente aspectos históricos da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira. Evidenciam-se, então, os movimentos da sociedade civil que tencionavam mudar o modelo de atenção em saúde no Brasil. Para tanto, trata das ações efetivadas em busca de uma saúde mais democrática, planejando atender às lutas por uma sociedade mais justa e igualitária. Sob este viés, são valorizadas discussões que pensam a participação e a institucionalização do controle social no SUS como uma demanda urgente em saúde, tendo em vista o acesso dos sujeitos à participação na gestão e aos serviços nesta área. Na segunda sessão, denominada “Sentidos de saúde nas práticas do Conselho Municipal de Saúde” apresenta-se problematizações em torno da participação e controle social de um pequeno município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Neste momento o pensamento complexo é associado à produção de sentidos advindos de práticas narradas. Participaram desta pesquisa representante assíduos do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com os quais foi realizada uma entrevista narrativa que, associada à produção de um diário de campo e de uma “roda de conversa”, favoreceram o estabelecimento de dialógicas em diferentes momentos do processo de coleta e análise dos dados. Dentre os resultados do estudo destacam-se os seguintes temas de sentidos: a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), os significados do termo saúde e o entendimento das funções que os representantes do Conselho possuem em relação a esse órgão e ao SUS. A análise possibilitou vislumbrar estratégias e ações de transformação social em saúde, especialmente no que se refere à fragilidade da cultura de participação no interior do Sistema.

Palavras-chave: complexidade, controle social, Sistema Único de Saúde, Conselho Municipal de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CMS – Conselho Municipal de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
SEÇÃO I: Movimentos Sociais em Saúde: um olhar para a complexidade.	14
RESUMO.....	14
ABSTRACT	15
INTRODUÇÃO.....	16
A Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) – A Reforma Sanitária.....	19
A Saúde Democrática	28
Controle Social e Gestão Participativa no SUS	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
SEÇÃO II: Sentidos de saúde nas práticas do Conselho Municipal de Saúde.	44
RESUMO.....	44
ABSTRACT	45
INTRODUÇÃO.....	46
CONTEXTO DE FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS	51
MÉTODO	52
Participantes.....	53
Procedimentos para coleta de dados	54
Questões Éticas em Pesquisa	55
Procedimentos para análise dos dados.....	56
ESTABELECENDO DIALÓGICAS SOBRE OS SENTIDOS DE SAÚDE PRODUZIDOS PELOS INTEGRANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	58
<i>“O pessoal não participa muito, não tem voz ativa, não duvidam de nada, aí eu não sei se é porque realmente está bom ou porque eles não têm informação”</i>	59
<i>“O conceito de saúde abrange vários itens dentro da vida da pessoa, acho que é um conjunto”</i>	65
<i>“É bom ter conhecimento para poder debater os assuntos lá dentro”</i>	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	77
Anexo 01 – Fragmentos do Diário de Campo	81
Anexo 02 – Aprovação do Comitê de Ética para a realização da pesquisa.....	85

Anexo 03 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 86

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, diferentes configurações têm sido arranjadas no campo da saúde pública no Brasil. Estas visam implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer suas propostas. Este processo, que veio consolidar o SUS é resultado de lutas da sociedade civil por relações sociais democráticas, e portanto, pautadas nas necessidades do contexto social. Diante desta conjuntura, se passa a pensar coletivamente diretrizes e princípios que valorizassem a cidadania. Para tanto, se passou a considerar os conceitos de universalidade, equidade, descentralização do poder, integralidade da atenção e participação social para nortear as práticas no campo da saúde. No que tange à participação, podemos afirmar que se trata de uma prática a ser aprimorada nos diferentes espaços sociais. Isso se dá através da apropriação pelos sujeitos-cidadãos do planejamento, gestão e avaliação da saúde na sociedade. A participação social pode ser entendida então, como uma ferramenta que associa práticas democráticas à institucionalização do controle social.

Inserida neste contexto de mudanças e inquieta com as experiências advindas do ambiente de atuação profissional a autora traz à tona nesta pesquisa, um estudo acerca das políticas públicas de saúde na perspectiva do controle social. Para tal é preciso compreender a participação não só como uma estratégia do Estado, mas como uma qualidade essencial à criação de uma ética de redistribuição de poder na sociedade e de fortalecimento democrático, aspectos estes que exercem o controle social sobre a gestão do Sistema de Saúde. Neste sentido, a Psicologia está convidada a ser mais um espaço de tensionamento à participação social, já que pode desenvolver instrumentos de escuta dos diferentes desejos e necessidades dos atores sociais, extrapolando as expectativas de aplicação de um saber técnico, restrito aos gabinetes de atendimento individual. Atinge, deste modo, a compreensão do contexto no qual atua e reforça o apelo por uma sociedade mais justa.

O aporte teórico utilizado para apoiar as reflexões aqui produzidas está pautado no paradigma da complexidade de Edgar Morin. Tal escolha deveu-se por entender a consolidação do SUS como um processo dinâmico, no qual circulam atores e projetos sociais diversos que não podem ser pensados de forma fragmentada, mas com evidência na interação permanente dos elementos do sistema. O pensamento complexo corresponde a uma reforma no processo de conhecimento e valoriza o questionamento das verdades totais e absolutas. Assim, para a reconstrução de teorias e sentidos, os conceitos do holograma, recursividade e dialógica permitem compreender a produção de conhecimento num contexto global. Nesta

noção, há um conjunto de partes unidas, que estão associadas aos diversos movimentos sociais em saúde, destacando neste contexto, as ações que impulsionaram a consolidação do SUS. Assim, o holograma nos permite perceber o todo social em relação a cada parte que o constitui, assim como cada parte é constituída pelo todo social, de forma que os efeitos e produtos sejam necessários a sua própria causação e a sua própria produção, como num circuito recursivo. Sob este viés, o processo social é um círculo produtivo ininterrupto onde a relação nós-mundo passa a ser o objeto de conhecimento. Em meio a esta dinâmica, se estabelecem noções contraditórias que buscam desafiar e problematizar os fenômenos sem intentar uma verdade absoluta. Esta espécie de luta entre ordem e desordem, mas também de organização, incita o pensar pelos caminhos da dialógica, na medida em que a possibilidade da contradição permite a abertura ao diálogo entre noções antagônicas, que podem ser complementares para se conceber o universo.

A partir desta organização teórica, este trabalho é uma proposta de intervenção em Saúde Coletiva, com a intenção de favorecer a participação da sociedade nas ações voltadas às políticas públicas de saúde, através do dispositivo do controle social. Para tal, busca compreender e problematizar os sentidos de saúde produzidos pelos representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de um pequeno município no interior do Rio Grande do Sul. O espaço do Conselho pode ser pensado como potencializador das demandas da população, na medida em que coloca em discussão formas de atenção em saúde que garantam atendimento a quaisquer necessidades que vierem a se apresentar. É na produção deste movimento de transformação social que a perspectiva da complexidade, proposta por este trabalho, pretende pensar.

Participaram desta pesquisa cinco representantes do Conselho Municipal de Saúde com os quais foi realizada uma entrevista narrativa que, associada à produção de um diário de campo e de uma roda de conversa (Campos, 2000), compuseram uma relação dialógica na coleta dos dados. De acordo com os dados coletados, este trabalho deseja expressar a possibilidade de aproximar diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS, orientados pela busca de participação social, ferramenta essencial ao exercício do controle social, para interferir na saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade.

Antes de qualquer intenção, este trabalho é um convite para que o leitor se engaje, dialogicamente, no processo de construção coletiva de um pensar acerca dos potenciais e dos limites que envolvem a construção de políticas sociais e práticas de saúde no Brasil.

Transformar estes movimentos em conquistas reais da sociedade brasileira é um grande desafio que os atores sociais vem realizando no exercício do controle social. Esta luta por uma saúde coletiva de qualidade é democrático e, portanto, lento. Mas é necessário construí-lo.

SEÇÃO I: Movimentos Sociais em Saúde: um olhar para a complexidade.

RESUMO

Este trabalho aborda questões relativas à Reforma Sanitária e ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a formulação de estratégias de participação e controle social. Para tanto, apóia-se em dados sobre o contexto histórico e social brasileiro no decorrer da efetivação de práticas sociais mais democráticas e participativas. Foi em meio a movimentos produzidos pela sociedade civil que se tencionou a ampliação da cidadania e o desafio dos atores sociais exercerem o controle social na saúde. Em função do processo dinâmico envolvido na consolidação do SUS, optamos por apoiar as reflexões, aqui produzidas, nos operadores do pensamento complexo, propostos por Edgar Morin. Tal escolha deveu-se à urgência de realizar análises não fragmentadas dos dados obtidos, uma vez que serão problematizadas reflexões acerca de teorias e práticas que põem em evidência a interação permanente dos elementos do sistema. Desta forma, a legitimação deste Sistema de Saúde aponta que, por meio de uma pressão articulada da sociedade, chamando o Estado a sua responsabilidade, é possível o exercício do controle social, mesmo que a consolidação da democracia participativa ainda tenha um longo caminho a percorrer.

Palavras-chave: controle social; complexidade; Reforma Sanitária; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This study is about questions related to Health Reform and the consolidation process of the Unified Health System (SUS), considering the development of participation strategies and social control. The research is based on Brazilian historical and social context data during the time in which takes place the effect of rendering social practices more democratic and participatory. Along with movements produced by civil society the increasing of citizenship sense and the challenge of social actors carry out the health social control were designed. Due to the dynamic process related to SUS consolidation, we chose to support the reflections produced here on the complex thought operators proposed by Edgar Morin. This choice is a consequence of the urgency necessary to achieve non-fragmental analysis from the come by data, taking into account that the intention is to problematise the reflections concerning theories and practices, which give evidence to the permanent interaction among the system elements. Thus, the legitimation of this Health System indicates that, by an articulate society pressure, showing to the State its responsibility, social control is possible, even though the consolidation of participative democracy still has a long way to go through.

Key-words: social control; complexity; Health Reform; Unified Health System (SUS).

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, no campo da saúde pública no Brasil, diversas configurações têm sido organizadas de modo a implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) e firmar suas propostas. Como se sabe, os processos de consolidação do SUS são resultados de um imbricado jogo, no qual têm circulado atores, intencionalidades e projetos sociais diversos. Dentre esses, destaca-se a luta da sociedade civil por relações sociais democráticas e pautadas na ética da solidariedade. Para tanto, o SUS instituiu princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Esta última tornou-se mote de reivindicações no campo da saúde, motivadas pelo desejo de valorização dos contextos e, como decorrência, consideração igualitária das diferenças. Neste contexto, entende-se a participação como um objetivo a ser alcançado e aprimorado nos diferentes espaços de escuta da sociedade, tornando os locais cada vez mais apropriados para a tomada de decisões sobre as políticas e os serviços de saúde (Coelho, 2010). Com a criação formal de instâncias políticas de participação, é possível efetivar respostas governamentais caracterizadas por práticas que associam o exercício da democracia à institucionalização do controle social. Mas é sabido que tais práticas já eram exercitadas muito antes da instituição do SUS e deram lastro para que ela pudesse acontecer.

Um sistema de saúde pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, na descentralização e na participação social, foi reivindicado por movimentos da sociedade civil que, inquieta com as realidades sociais, em especial na área da saúde, tencionava novos e diferentes olhares sobre a situação de saúde no país. Em meados dos anos 70, foram problematizados assuntos que desorganizaram, por exemplo, a ordem social vigente, incitando o pensamento e as ações a operarem criticamente, articulando fenômenos sociais de modo a produzir outros arranjos para viver e conviver. Parece que esta iniciativa não objetivava manter uma nova ordem como verdade absoluta, mas disparar o pensamento na busca pela problematização e pela incerteza (Morin, 2002). Nesta época, esta incerteza se referia, por exemplo, às relações entre os conhecimentos legitimados pela academia e os contextos de miserabilidade latino-americanos. Assim, os questionamentos lançados pela sociedade civil foram incentivadores da Reforma Sanitária Brasileira, pois contribuíram para a ampliação da cidadania, uma vez que se reconhece a sociedade e, em especial, os usuários do Sistema como membros de uma comunidade organizada com direitos e deveres.

Para além da participação social, os movimentos da Reforma Sanitária planejaram o exercício do controle da população sobre as práticas de saúde, mediante o protagonismo da cidadania e a dialógica. Essa experiência oportunizou transformações nos significados das relações entre os diferentes atores sociais. Sob este aspecto, a legitimação dos Conselhos e das Conferências de Saúde, como dispositivos do controle social no SUS, representa a participação legal da sociedade nas políticas de saúde. Logo, o controle social pode ser considerado efeito da participação da população na organização e no acesso às decisões, o que faz com que se estabeleçam incontáveis redes de sentidos, desejos e fazeres.

Em função do processo dinâmico que envolve a consolidação do SUS, optamos por apoiar as reflexões, aqui, produzidas nos operadores do pensamento complexo, propostos por Edgar Morin (2007). Tal escolha deveu-se à urgência de realizar análises não fragmentadas dos dados obtidos, tendo em vista que serão problematizadas reflexões acerca de teorias e práticas que põem em evidência a interação permanente dos elementos do sistema. O pensamento complexo corresponde essencialmente a uma reforma do conhecimento, valorizando a incerteza como modo de questionar verdades totais e absolutas. Ele se complexifica para refinar, enriquecer e tornar mais sutil o olhar que se dirige aos fenômenos.

Com o apoio do pensamento complexo, esta pesquisa intenta produzir conhecimentos a partir da reconstrução de palavras, ideias e teorias. A escolha destes instrumentos conceituais permite descobrir um conhecimento global, jamais com a intenção de chegar a uma homogeneidade, mas para perceber a relação das partes ao todo e do todo às partes. Este é o operador hologramático, que abandona um tipo de explicação linear por um tipo de explicação em movimento, na qual vamos das partes para o todo, do todo para as partes, na tentativa de compreender um fenômeno (Morin, 2007).

Morin propõe que, ao operador hologramático, seja unido outro princípio, o da recursividade, o qual se organiza de forma que os efeitos e os produtos sejam necessários a sua própria causação e a sua própria produção. E, sob este viés, o processo social é um círculo produtivo ininterrupto, no qual os produtos são necessários à produção daquilo que o produz. O objeto do conhecimento não passa a ser o mundo, mas a relação nós-mundo, uma vez que o nosso mundo faz parte da nossa visão do mundo, que faz parte do nosso mundo (Morin, 2002).

A partir destes conceitos, é possível pensar que o conhecimento torna-se mais pertinente quando é possível compreendê-lo num contexto global. Nesta noção, há um conjunto de partes unidas, que estão associadas aos diversos movimentos sociais em saúde.

Entre os quais se pode destacar as ações que impulsionaram a consolidação do SUS, objetivando tornar-se um Sistema aberto a uma nova organização do pensamento e da ação. Em meio a esta dinâmica, se estabelecem relações contraditórias que, por trás da aparente confusão dos fenômenos, busca problematizá-lo, desafiá-lo sem, no entanto, buscar uma finitude. Há uma espécie de luta entre ordem e desordem, mas também uma espécie de organização, que incita o pensar pelos caminhos da dialógica. Este é um paradoxo que leva a pensar não apenas a lógica clássica como verdadeira e absoluta, mas a articular a possibilidade da contradição, de tal forma que esta noção evidencia a abertura ao diálogo entre noções antagônicas, que podem ser complementares para se conceber o universo. Segundo o pensar dialógico, “tudo isto se entrecruza, tudo se entrelaça para formar a unidade da complexidade (...)” (Morin, 2002, pp. 188).

A partir da complexidade, pensam-se os conceitos sem dá-los como concluídos, para quebrarmos os fechamentos entre noções contraditórias e restabelecer as articulações entre o que parecia separado. Esta abertura às totalidades integradoras junta conceitos que lutam entre si e levanta a questão de pensar a complexidade que envolve “(...) o certo e o incerto, o lógico e o contraditório e a inclusão do observador na observação” (Morin, 2002, pp. 206).

A visão otimista que esta discussão apresenta possui forte marca pessoal, uma vez que parte de inquietações como trabalhadora de um serviço público de saúde em relação às práticas de participação e controle social no SUS. Consciente da relevância deste assunto na área da saúde, este estudo é, antes de qualquer objetivo, um convite para que o leitor engaje-se, dialogicamente, no processo de construção coletiva de um pensar acerca dos potenciais e dos limites que envolvem a construção de políticas sociais e práticas de saúde no Brasil.

Para tal, os operadores propostos por Morin, pautados em um pensar da complexidade, auxiliam a reflexão sobre questões relativas à consolidação do SUS e, dentre elas, a Reforma Sanitária no Brasil. As proposições de Morin também permearão as discussões em torno da saúde democrática, do controle social e da gestão participativa no SUS, haja vista que as suas ideias não consistem em conceber a complexidade como uma receita (Morin, 1997), mas em considerá-la como um desafio que motiva um diferente pensar.

A Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) – A Reforma Sanitária

Para dar início às discussões em torno da saúde e pensar os desafios que permeiam sua história e que são evidentes ainda hoje, faz-se necessário contextualizar o conceito de saúde e alguns movimentos históricos que produzem importantes impactos sociais na atualidade.

Em meados dos anos 70, no Brasil, a saúde não era considerada um direito universal. O modelo de saúde adotado, até então, dividia os brasileiros em três categorias: os que tinham direito à Saúde Pública por serem segurados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada); os que podiam pagar por serviços de saúde privados e os que não possuíam direito algum no âmbito da saúde (Ribeiro, 2007). Outra característica marcante deste período remete à atitude fragmentária que a maioria dos gestores e legisladores mantinha em relação aos usuários do serviço, reduzindo as necessidades deles às dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas, sociais, culturais, históricas e políticas.

Nesta época, muitos questionamentos eram lançados pelos movimentos populares a respeito da compreensão de saúde, assim como muitas críticas eram feitas em relação às práticas e à organização do sistema. Estas inquietações não aconteciam de forma isolada no mundo, ou seja, diversas lutas políticas interferiram nesta mobilização, uma vez que a sociedade é uma esfera de interação social entre ações globais e locais. Sendo assim, o todo (global) enquanto retroage sobre as partes (locais) que, por sua vez, também retroagem sobre o todo, passa a ser mais do que uma realidade apenas global, mas um dinamismo organizacional (Morin, 2002). É neste contexto que deve ser entendido o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como um processo anelando-se sobre si mesmo, no qual as ações entre unidades complexas são constituídas de interações. E, neste sentido, a circunstância da Reforma é engendrada em meio a lutas populares motivadas por uma necessidade de reformar o pensamento e as práticas, possibilitando a permanência de características particulares dos fenômenos, ao mesmo tempo em que desafia o pensar na direção de diferentes urgências.

Como exemplo desta dinâmica, pode-se citar que, em alguns lugares do mundo, após a Primeira Guerra Mundial e, mais ainda, após a Segunda Guerra e a Guerra Fria, movimentos sociais e instituições da sociedade civil passaram a ocupar papel central nos processos de (re)construção da democracia, em oposição ao modelo de poder hegemônico. Assume-se, sob este viés, a necessidade de ações que passassem de uma prática assistencialista e particularista

para estratégias universalistas, característica peculiar do atual movimento em busca da democracia, intencionado pela Reforma (Luz, 2006).

Outro acontecimento que deixou grandes marcas na sociedade brasileira foi o Golpe Civil-Militar em 1964, que se constituiu em um conjunto de eventos ocorridos no Brasil e que teve como consequência, no dia primeiro de abril de 1964, um Golpe de Estado que instituiu, no Brasil, a Ditadura Militar baseada na doutrina de guerra. Este Golpe de Estado foi justificado pelos militares brasileiros que alegavam a existência de um inimigo interno que ameaçava o progresso e precisava ser contido. Assim, o exército brasileiro deveria tomar o poder do País e abrigá-lo em uma doutrina de segurança nacional. Desta forma, o Governo reprimiu a todos que haviam participado ou apoiado os movimentos populares que pretendiam realizar reformas sociais e políticas no Brasil e que, a partir de suas ações, supostamente desorganizavam a ordem social vigente. Para a maioria dos militares, chamar o golpe de “Revolução de 1964” significava a ideia de esperança, de um tempo melhor em relação ao futuro, algo prometido para a população, tendo em vista o Estado de corrupção que existia no Brasil. Mas a noção de que se trataria de uma revolução não foi mais aceita pela sociedade brasileira, desde meados dos anos 70, quando a abertura democrática se iniciou e trouxe à tona os assassinatos e as torturas cometidos em nome daquele regime. Deste modo, as intensas manifestações da sociedade civil, em especial os movimentos estudantis, transformaram-se em palco de uma sociedade desejosa de uma reforma no ensino e o restabelecimento da democracia. O ano de 1968 já fora marcado por lutas contra a ditadura, que atraíam cada vez mais participantes, apesar da forte contenção policial. Naquela época, houve uma mudança do modelo agropecuário para o industrial no Brasil, caracterizado pela modernização da indústria e das grandes obras, porém, havia o grande interesse nos lucros advindos da ditadura e, com este, o primeiro sinal de crise, entre 1973 e 1974. Assim, o governo militar viu-se forçado a mudar de estratégia e, em meados de 1976, iniciou um lento processo de abertura democrática e adequação ao que a sociedade reivindicava. Mas foi apenas em 1985 que o regime militar no Brasil teve formalmente o seu fim (Alves, 2005).

Neste embate com a Ditadura Militar, a complexidade do pensamento incita para que cogitemos um caminho para a dialogicidade, ou seja, duas lógicas contraditórias estão sendo defendidas, de um lado, os militares e, do outro, a sociedade civil. Se considerarmos estas duas existências apenas como antagônicas, não estaremos promovendo a abertura do pensamento para a aleatoriedade e a incerteza do universo (Morin, 2002). Dialogar com a incerteza permite criticar o saber estabelecido, que se impõe como certo, e incentivar novas e

diferentes maneiras de pensar os movimentos e práticas sociais no Brasil, uma vez que são processos em permanente construção.

Ainda no período da Ditadura Militar, é importante ressaltar que havia experiências no campo da saúde coletiva no país que foram marcantes e que, de acordo com alguns dos seus protagonistas, foram inclusive precursores de outros movimentos sociais. Neste contexto, incrementando discussões sobre a saúde no Brasil, especificamente no Rio Grande do Sul, instituiu-se o Sistema de Saúde Comunitária São José do Murialdo, com o objetivo de ampliar o cotidiano da vida das pessoas para um espaço de participação social. Ele surge através do movimento de Medicina Comunitária, priorizando os cuidados personalizados, continuados e integrais aos indivíduos e as suas famílias, sem distinção social (Silva, 2002). Mas, naquela época, era evidente a predominância do modelo biomédico para as práticas em saúde, o que sugeria a normatização dos comportamentos e, com isto, a repressão ao movimento de participação social em saúde (Hernandez e Scarparo, 2007). Este movimento foi precursor das determinações de Alma Ata que, em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, no Cazaquistão, dirigiu aos governos a proposição pela busca por uma promoção de saúde de caráter universal. Esta Declaração salientou a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, ressaltando a lacuna entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Incentivava, desta maneira, todos os países a cooperar na busca pelo objetivo comum da saúde, contribuindo para a qualidade de vida e a paz mundial. A Declaração defendeu tal cooperação como direito e dever de todos, individual e coletivamente (Silva, 2002).

Foi em meio aos movimentos deste contexto que a Reforma Psiquiátrica pode se situar como mais uma luta política no final da década de 70, do século XX. Marcado pela trajetória da desinstitucionalização prático-teórica, quando as ideias de Franco Basaglia, na Itália, chegam ao Brasil, este movimento identificava-se com a repercussão do processo italiano que englobou a desativação do Hospital de Gorizia, a criação da “psiquiatria democrática” e de “redes alternativas à psiquiatria”. Ademais, é a partir de uma crítica ao saber médico constituinte da psiquiatria que emergiu a iniciativa de desconstruir ações que privilegiassem práticas pautadas na hospitalização psiquiátrica. Outro marco histórico para a saúde mental que possibilitou mudanças ao nível do Ministério da Saúde brasileiro foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. No documento final intitulado “Declaração de Caracas”, atualizado, em 2005, para “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas

Américas”, foi possível rever criticamente o papel hegemônico dos ambientes de saúde, salvaguardar os direitos civis e a dignidade humana dos usuários dos serviços, incentivando ações que promovessem experiências exitosas, ou seja, pautadas na cidadania das pessoas com transtornos mentais e forçando a política de saúde a avançar no sentido das demandas da sociedade (Silva, 2002).

Figura histórica da Reforma Psiquiátrica Italiana, a partir de sua experiência profissional em Gorizia, Rotelli idealizou uma perspectiva revolucionária da reforma, que implica reorientar a existência do doente, no sentido de não perder de vista sua relação com o social. Incomodado com a díade doença mental/cura, Rotelli convidou a pensar ações de exclusão social legitimada pela construção de manicômios, promovendo novas formas de lidar com a existência de sofrimento, ou seja, chamou a atenção para a necessidade de desconstruir comportamentos e práticas postos a serviço da disciplinarização dos corpos e da estigmatização dos loucos, por substitutivos meios terapêuticos funcionais ao ser humano, que incentivassem relações autênticas e espontâneas. Desinstitucionalizar, então, é enfatizar mecanismos a serviço da invenção da saúde, invenção que deve ser produzida tendo em vista os estranhamentos dos atores sociais sobre o modelo de atenção dominante. As ações em saúde, quando pautadas no coletivo, assumem um viés de atenção que impacta com a ideia do indivíduo isolado do seu meio e movimentam o pensamento na ampliação de estratégias substitutivas em saúde, em especial, que percebam os sujeitos como cidadãos sociais (Maciel, 2010).

Nestes intrincados movimentos sociais, inserem-se, na primeira metade dos anos 80, as Organizações não-governamentais (ONGs), que se destacavam entre as experiências participativas da sociedade civil, vindo a se tornar uma realidade sociológica. Atualmente, suas atividades cobrem os variados campos da experiência social, partindo do desenvolvimento rural ao controle cidadão das políticas públicas e acordos internacionais, o que as caracteriza como estando a serviço do movimento popular, em cada campo específico. A presença de ONGs foi decisiva para inserir pautas contemporâneas no interior das políticas públicas, expressando-se, por exemplo, no caso de doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (Ramos, 2004).

A atuação governamental e civil diante da epidemia da AIDS contemplou, em seu momento inicial, a introdução de noções discriminatórias, como a de grupos de risco (grupos mais vulneráveis à infecção) e de comportamento promíscuo. Estes conceitos atribuídos pela sociedade em relação à doença foram alvo de protestos por parte dos movimentos sociais que

compreendiam a importância de perceber as minorias sociais como mais uma parcela da população com poder comunicativo e participativo. Prova disto foi a fundação, em 1985, da primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS. Chamado de Grupo de Apoio à prevenção à AIDS (GAPA), esta organização foi o fio condutor que incentivou outras iniciativas que reforçaram a solidariedade, a tolerância e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV, como a inclusão dos procedimentos para o tratamento da AIDS na tabela do SUS, pelo Ministério da Saúde. Pode-se perceber, com isto, que, a partir de intervenções da sociedade civil com o objetivo de mobilizar o pensamento e as ações sobre os temas sociais, torna-se possível articular estratégias que priorizem a reforma social. Estas são iniciativas que pretendem construir um novo estado social para a população, pautados em princípios como a cidadania, o respeito a seus direitos e à individualidade (Ramos, 2004).

E é neste sentido que as discussões em torno da saúde passaram a promover um pensar que favoreceu o sentido da responsabilidade e da cidadania, sustentadas em debates como a VII e VIII Conferência Nacional de Saúde. Este foi um espaço destinado a analisar os processos do sistema de saúde e a propor diretrizes para a formulação das políticas nos níveis municipais, estaduais e nacional. Estas instâncias estão envolvidas em um pensamento apto para enfrentar o desafio da complexidade de suas realidades que são, simultaneamente, solidárias e conflituosas. E o comportamento dos sistemas complexos, por não serem lineares no tempo, apresenta acelerações brutais, períodos de estabilização, assim como períodos de inibição em que os sistemas anulam-se uns aos outros a partir da complexidade de suas trocas e de suas interações (Morin, 2007).

Sendo assim, a instância Conferência Nacional de Saúde configura-se como a máxima expressão da participação popular na avaliação formal e formulação de diretrizes para as políticas de saúde. O cenário destas conferências foi marcado pela presença política de segmentos sociais significativamente diferentes que, a cada quatro anos, avaliam a situação de saúde e propõem princípios democráticos que possam formular uma política de saúde menos autoritária, nos níveis correspondentes (M. S., Brasil, Lei 8142/90). É importante ressaltar que as Conferências de Saúde são um espaço possível de articulações dialógicas, tendo em vista a diversidade de representantes que a contempla e os interesses diferentes que se evidenciam nesta relação. É a partir deste elo pouco preocupado em unir apenas as partes organizadas que se passa a desafiar uma relação contraditória, característica de um pensar que acredita as Conferências como um lugar representativo de incoerências e similaridades, mas possível de construir sentidos comuns em saúde. Sob esta perspectiva, são problematizadas as noções de

que o Estado tinha poder sobre as ações públicas em saúde, ao ponto de manter o controle sobre elas e, assim, sobre a sociedade. A realização de Conferências possibilita, neste sentido, inserir novos protagonistas da ação social que valorizam a necessidade de empoderamento sobre os bens coletivos (Medeiros et al., 2005). Para exemplificar-se a expressão da Conferência, faz-se necessário destacar que

(...) as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária (M. S., Brasil, 2004, pp. 02).

No interior do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, emergiu o conceito de cidadania relacionado à saúde que, ao final da década de 80, mesmo sendo um conceito contra-hegemônico, encontrou ressonância e se consolidou na atual Constituição Brasileira (1988), conhecida também como Constituição Cidadã. Esta, por sua vez, ganhou concretude dentro do processo de reforma do Estado por meio da afirmação constitucional do direito à saúde, sendo assim, efetivada pela lei 8080/90 que resgata o ideário de um Estado cuidador, pautado nos conceitos essenciais de cidadania e de direitos. Alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse às demandas da população, a Constituição prosperava uma concepção integradora de saúde, pautada em valores como solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento e participação, sendo estratégias que envolvem Estado, comunidade, família e indivíduo como atores sociais. Nesta direção de reconhecimento do ser humano como um ser integral e a saúde como qualidade de vida, o conceito de cidadania que a Constituição de 1988 assegurou deve estar implicado nas condições de vida e de participação social da população. Estas condições devem “(...) considerar as desigualdades, diversidades étnico-racial e cultural presentes na sociedade brasileira” (M. S., Brasil, 2004, pp.23).

Na medida em que se entende cidadania como a possibilidade de exercício de direitos, torna-se constante a necessidade de vigilância na preservação e na garantia dessas prerrogativas. Deste modo, estará assegurada a autonomia diante de situações cotidianas e reais de existência. Por conseguinte, o conceito de cidadania passa a ser cristalizado, não só em termos de conquistas sociais, mas na constituição da identidade de movimento social (Pinheiro e Mattos, 2006). Neste sentido, as práticas cidadãs são concretizadas quando se permite efetivar iniciativas que substituam modalidades hegemônicas de atuação, numa ousada responsividade às necessidades em saúde sentidas pelos cidadãos. Neste particular, o

cidadão passa a ser, então, um novo ator político presente na sociedade (Santos e Merhy, 2006, pp.31). Com a garantia dos direitos de cidadania, é exigida maior abertura das instituições aos valores democráticos inerentes ao processo de consolidação da saúde como direito e como serviço, assumindo, assim, o seu caráter de estratégia política. Pode-se pensar, então, que, a partir do exercício de cidadania, as diferentes camadas sociais podem ser vistas como integrantes de uma comunidade política, na qual as opiniões e as ações de cada um encontram lugar na condução dos negócios públicos.

Neste sentido, o direito à saúde, como um direito de cidadania, baseia-se na vocalização das demandas de saúde da população. Esta população, ao mesmo tempo em que assume o seu espaço social, admite o caráter de estratégia política diante das práticas sociais em saúde. Este movimento de luta de uma sociedade civil não se configura como um pólo oposto do Estado, ou seja, não se alimenta a dicotomia entre sociedade e Estado, uma vez que, juntas, respeitando suas diversidades e valorizando seu caráter complementar, possuem elementos constitutivos das ações em saúde (Pinheiro, 2004). Os desafios enfrentados por estas ações evidenciam a complexidade das demandas no setor saúde, tanto no que se refere à definição do modelo e a sua organização, quanto na regulamentação da inclusão de mecanismos de participação social e na gestão do sistema. Pode-se afirmar, por tudo isso, que este momento de transição vivido concretizou um momento de aprendizado democrático, no qual a política deixa de ser entendida como a luta dos pequenos interesses locais para se transformar em uma ferramenta da população, a partir da qual vários segmentos sociais conseguem fazer valer os seus interesses (M. S., Brasil, 1986).

Quando se intensificaram as propostas de democratização da sociedade, minimizaram-se as formas autoritárias e tradicionais de gestão e adotaram-se práticas que favoreciam uma maior participação da sociedade no processo decisório (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007). Para a compreensão deste movimento foi necessário substituir um pensamento que estava separado, por outro que está ligado, ou seja, corrigir uma lógica rígida por uma dialógica capaz de conceber noções e envolvimentos de atores sociais em saúde que são simultaneamente complementares e antagônicos. Se o pensamento se fixar sobre o princípio da ordem, teremos a ideia de determinismo, que contém tudo aquilo que é estável, constante, regular e cíclico (Morin, 2002). Este modo de pensar foi, por muito tempo, o ideal de conhecimento, no entanto, estas noções passaram a ser a imagem da repetição, incapaz de dar conta da criação e do novo. Abriu-se, então, a possibilidade de pensar o campo das

políticas sociais como um espaço contraditório, no qual o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que incorpora as suas demandas.

Assim, a Reforma Sanitária no Brasil propicia pensar a inseparabilidade de noções contraditórias em saúde para conceber um mesmo fenômeno complexo (Morin, 2007). O movimento da Reforma na Saúde teve como estímulo a motivação dos sujeitos pensantes que, insatisfeitos com as políticas sociais existentes, se inspiraram em produzir demandas que desorganizassem a ordem social, para, posteriormente, conduzir as ações na direção de uma organização que desse conta das suas necessidades. Isto não significa que Estado e sociedade não possam conviver, mesmo que inspirando noções contraditórias, afinal, possuem uma variedade de elementos que estão em interação permanente, sem a intencionalidade de se anularem uns aos outros. É importante ressaltar que o comportamento dos sistemas complexos não são lineares, mas abertos em seu meio ambiente, por isto, as práticas nos espaços públicos podem ser repensadas e desafiadas à produção de novos sentidos em saúde (Morin, 2007).

Pode-se pensar, neste caso, a Reforma Sanitária como um marco social que evidencia a complexidade do mundo atual. Se pensarmos que todo conhecimento é uma tradução de palavras e ideias que recebemos do mundo exterior e, ao mesmo tempo, é reconstrução mental, (re)pensar a Reforma Sanitária é desconstruir uma noção anterior, por outra que melhor signifique o momento atual. É desorganizar pensamentos e práticas cristalizadas, que já não fazem mais parte das demandas da contemporaneidade, no sentido de avançar na direção de diferentes urgências que, mesmo consideradas antagônicas, procedem à revolução social. A evolução de um sistema no tempo não é uma sucessão de acontecimentos estáticos, ao contrário, sugere movimento, processo, níveis de complexidade e desorganização que, quando cooperados entre si, levam à organização do sistema (Pinheiro, 2004).

Estes métodos de trabalho enfatizam que a saúde deve ser entendida na sua integralidade, ou seja, pautada em ações que priorizem atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais. Além deste viés, a integralidade torna-se um atributo relevante na avaliação da qualidade do serviço e dos sistemas de saúde, com ênfase no caráter completo, contínuo e coordenado do cuidado e da gestão. Sob esta perspectiva, a Saúde Pública vem direcionando novos olhares para o contexto da saúde, voltado ao planejamento comunicativo entre sociedade e Estado, agregando valores pautados na cidadania. Esta relação é capaz de promover organizações dialógicas, geradas no reconhecimento da possível existência de diferentes olhares sobre a mesma realidade (Sarriera, Freitas e Scarparo, 2003).

Com relação a esta necessidade de planejamento comunicativo entre os diferentes atores sociais e o cuidado com a qualidade dos serviços, um trabalho integrado envolve articular espaços que rompem com a lógica linear, que separa sujeito e objeto, sentimento e razão, possibilitando existência de saúde atravessada pela diversidade de saberes. A noção de integralidade trata da atenção em saúde nos vários níveis de complexidade e deve ser sustentada como um valor a ser defendido nas práticas dos profissionais de saúde, uma vez que expressa a forma como eles respondem aos usuários que os procuram. Na medida em que a marca maior do sentido de integralidade é buscar compreender o conjunto de necessidades e ações em saúde que um sujeito carece encontra-se um caminho que intenciona dar conta do despedaçamento dos saberes sobre o sujeito e a vida. O pensamento complexo, explorado por Morin (1997), avançando sob o viés da integralidade, tenta religar o que o pensamento compartimentado parcelarizou, mas não apenas os domínios separados do conhecimento como também, dialogicamente, os conceitos antagônicos. Este é um pensamento que enfatiza a solidariedade entre tudo o que constitui a nossa realidade e esta relação torna-se possível quando assumimos a integralidade como prática social, capaz de promover diálogos que respeitem as diferenças, sem anular a diversidade e as aparentes contradições sociais.

Ao objetivarmos um conhecimento pertinente, “(...) precisamos reunir, contextualizar, globalizar nossas informações e nossos saberes, buscar, portanto, um conhecimento complexo” (Morin, 2007, pp.566). E a Reforma Sanitária, com a finalidade de tecer um Sistema Único de Saúde, protagoniza “(...) um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural” (Machado et al., 2007, pp. 336). Conforme se pode observar, o SUS está se constituindo como uma rede complexa e olharmos para ele, a partir da complexidade, é perceber o sistema como conciliação de emaranhados, articulações e paradoxos que, mesmo sendo antagônicos, são também complementares, evidenciando sua proposta dialógica.

Sendo assim, o movimento da Reforma Sanitária, que teceu o ideário do SUS, no Brasil, comunica para este cenário um conceito de saúde ampliado que se baseia na construção social da saúde, a qual se apóia no fortalecimento de espaços dialógicos que promovem discussões sobre cidadania, estratégias que tenham como eixo a integralidade da atenção e a crescente autonomia das populações em relação aos serviços. Dialogar sobre políticas públicas, tendo em vista estas premissas, é um processo inacabado, desafiante, aberto

à demanda de novos direitos em saúde e à interpretação dos antigos (Habermas, 2003) e, por isso, é o despertar da consciência para o princípio da democracia.

Neste sentido, a reforma de um pensamento é viabilizada quando é possível um pensar do contexto e do complexo (Morin, 2000), uma vez que este requer uma captação de realidades que respeitem a diversidade e promovam uma necessidade social, a de formar cidadãos capazes de enfrentarem os problemas do seu tempo. Neste tempo atual, as ações antes centradas em uma escassa interação entre governo e sociedade abrem espaço para uma nova estética, a de perceber o poder do diálogo sobre cidadania e atendimento integral, assim como outras diretrizes defendidas pela Constituição, como um processo oportuno de emancipar sujeitos na produção de sentidos em saúde. E é na medida em que esta condição de mutabilidade das práticas instiga ao social ocupar-se das demandas geradas pelas pessoas, que é possível construir novos significados e sermos também construídos por eles.

A Saúde Democrática

O postulado do pensamento complexo, para Edgar Morin, menciona o conceito de reforma. Para o autor, reformar o pensamento é permitir dar vazão para experiências que, até então, não haviam sido pensadas, abrindo caminho para a incerteza e o desassossego das ideias cristalizadas. Morin não pretende, com a criação de seu paradigma, transformar seus conceitos em verdadeiros e únicos, mas incitar o pensamento a observar outros e diferentes caminhos diante daquilo que já está naturalizado. Sob este viés, é permitido movimento ao pensar, no sentido de que a abertura a diversas possibilidades, diferentes daquelas já consagradas, oportuniza a desacomodação e a criação de ações que deem conta da demanda atual da sociedade (Morin, 2002).

O pensamento complexo tenta religar aquilo que está separado pelo pensamento disciplinar, mas não só, ele tenta reunir aquele conhecimento dialógico, ou seja, conceitos contraditórios como ordem e desordem, certeza e incerteza, almejando, assim, redescobrir a convivência harmônica entre o surpreendente e o desconhecido. Como a realidade é feita de interações, nosso pensamento é incapaz de perceber *o tecido que junta o todo (complexus)*, direcionando nosso pensar no sentido da lógica mecânica, a qual permite a previsão e a predição. Se fecharmos o pensamento sobre este viés, estaremos perdendo a noção de sistema apontada por Morin (2007), já que seu paradigma problematiza esta noção como um conjunto

de partes diferentes, unidas e organizadas, que dão a ideia do todo, assim como este todo retroage sobre as partes.

Se pensarmos o SUS como um sistema com a dinâmica apontada por Morin (2002), observaremos que suas características direcionam-se para o encorajamento do conflito de ideias, uma vez que pensar sobre a existência de noções contraditórias convivendo em um mesmo sistema pode ser compreendido com o objetivo de argumentação e não de anulação destes opostos. Nesta perspectiva, pode-se refletir o sistema de saúde como um espaço possível de exercício da democracia, visto que instiga o respeito às minorias e expressa uma sociedade que transcende em direção à dignidade. Instituições democráticas caracterizam-se como um sistema aberto, no qual os canais de comunicação e as ações voltadas ao diálogo são essenciais para o debate de assuntos de interesse coletivo (Pinheiro, 2004).

Assumindo esta conjuntura, o SUS deixa cada vez mais evidente a necessidade de convivência entre práticas fundadas na democracia, que se constituem em garantias dos direitos de cidadania. Registre-se, neste ponto, que o termo democracia refere-se “à possibilidade de alteração dos esquemas de dominação, à produção de novos contratos e à construção de nova hegemonia” (Campos, 2000, pp. 41). A construção de sociedades democráticas depende da política no seu mais amplo sentido, daí, a democracia vem a ser compreendida como uma reforma social. Nesta perspectiva da reforma, a possibilidade de interferência na esfera pública pode ser potencializada por meio dos movimentos sociais que, na correlação de forças e com o acesso à informação, intensificam o poder dos sujeitos no exercício de discussões e decisões. E a prática democrática evidencia esta abertura constante do sistema e a sensibilização a novas demandas sociais, o que a caracteriza também como um reconhecimento pelos direitos de todos os cidadãos de encontrar, na esfera pública, a ressonância de demandas que motivem a ação estatal (Rocha, 2010).

A instituição democrática é um processo civilizatório que não pode ser menosprezado e em torno do qual foram alcançados resultados muito promissores que, mesmo pressupondo o regramento de conflitos e disputas de interesses, incentivam o pensar no sentido de despertar a consciência para os direitos dos sujeitos. As noções que envolvem a democracia são antagônicas, pois combinam civilização e barbárie, mas isso não significa que são conceitos impossíveis de conviver, uma vez que conservam suas particularidades no interior do processo dialógico (Morin, 1997). A capacidade de um pensamento dialógico, que busca verdades indissociáveis em uma mesma realidade, assume o compromisso democrático de movimentar o processo inclusivo de atores sociais diferentes que, nas suas ações, podem

contemplar antagonismos e complementaridade, simultaneamente. Na atualidade, vive-se num espaço no qual é urgente abandonar a ideia tradicional que se tem da política como redutora. As antigas posições entre ético e político, individual e coletivo, bem e mal, subjetivo e objetivo, afastam esta dimensão que as torna opostas, mas o pensamento contemporâneo recicla estes conceitos a fim de articulá-los e dotá-los de sentido e pertinência, apesar dos antagonismos (Cotta, Cazal e Rodrigues, 2009).

Para que seja possível afirmar a posição democrática é preciso perceber que a democracia é, em sua essência, um conjunto de procedimentos variados, dentre os quais se destacam as ações voltadas a garantir a (re)afirmação da autonomia dos sujeitos e assegurar a cidadania plena. A condição democrática exige que o movimento de formação de opinião pense práticas que modifiquem os valores e os interesses socialmente dados, que permitam aos contextos desfavoráveis serem compreendidos pelos sujeitos coletivos e, assim, problematizados. É essencial, sob este viés, que seja valorizada a inserção crítica dos sujeitos e que ela promova condições de um exercício de cidadania, necessário para uma possível transformação da sociedade (Pinheiro, 2004). O que se observa, na sociedade atual, é uma grande dificuldade dos cidadãos em manter uma relação acordada entre os princípios democráticos teóricos e as ações esperadas, ou seja, há pouca, ou nenhuma, correspondência entre o discurso e as ações relativas à democracia, no entanto, para que ela possa apresentar validade é necessário que se torne evidente a coerência entre palavras e ações. E o pensamento complexo, nesta perspectiva, é um enorme esforço para saber pensar o pensamento e saber atuar (Rolim, Morin, 1997).

Satisfeitas estas exigências, os movimentos, que objetivam fortalecer a democracia, multiplicam espaços de deliberação na esfera pública, nos níveis local, estadual ou nacional. A deliberação é reconhecida no debate democrático quando atua como um processo de discussão e decisão, ao fazer o segundo conceito depender do primeiro, ou seja, o debate incrementa a qualidade da comunicação, sem que o sujeito seja influenciado por ninguém ou por alguma instituição e, a partir disto, as discussões passam a ser legitimadas na forma de decisões (Editorial, 2010). Tal dinâmica aprofunda o processo de democratização e pode ser contextualizada e aplicada em nível municipal, estadual e federal, oportunizando, a partir de suas práticas, a consolidação de espaços como os Conselhos de Saúde, que constituem uma das principais instituições responsáveis pela democratização das políticas de saúde no país (M. S., Brasil, 1990).

Desta forma, os Conselhos de Saúde, espaços de participação comunitária, regulamentados no SUS pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, possuem funções que fazem convergir os eixos políticos que podem conduzir à democratização, na medida em que abarcam outros atores políticos no processo decisório e possibilitam a consolidação de estratégias que ambientem esta renovação decisória. A legitimação do Conselho de Saúde levou à criação de um sistema de conselhos em cada esfera de governo, composto por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%).

A Lei 8.142/90 define a competência dos Conselhos de Saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, § 2º).

Assim concebido, o espaço do Conselho de Saúde destina-se, entre outros objetivos, a refletir sobre políticas públicas de saúde e promover mudanças em um sistema até então incapaz de incluir a minoria – os usuários – nos processos políticos decisórios. O movimento de inclusão desafia a união de noções contraditórias, na medida em que o mesmo espaço de discussão é formado por diferentes representantes da sociedade, cada um com suas particularidades, mas que, nem por isto, precisam abdicá-las para poder conviver de maneira harmoniosa. E o todo do Conselho de Saúde proporciona que as diversidades sejam exercitadas, sem que os sentidos individuais sejam anulados, mas que, em meio a esta existência complexa, possam complementar-se. Quando o Conselho de Saúde intenta provocar mudança, isto pode significar o cometimento de ousadias, como pensar diferente sobre o que está reiterado no sentido de aprimorar os objetivos e rebater aquilo que algumas ações cristalizadas insistem em apontar. E na medida em que o Conselho reflete criticamente sobre diferentes emergências sociais, ele vai ao encontro do exercício efetivo da democracia, tendo em vista que esta prática está pautada na ampliação de espaços que valorizam a participação dos cidadãos no processo de tomada de decisões (Rocha, 2010).

Considerando-se que o SUS traz avanços para a sociedade, a participação popular significa uma força imprescindível para fazer, na prática, aquilo que está legitimado como uma conquista do movimento da Reforma Sanitária. São instâncias como o CMS que viabilizam atividade àquilo que está estancado, que admitem crítica aquilo que está instituído,

pois as transformações sociais, sejam nas leis ou na cultura, serão possíveis quando a sociedade rever as legitimações que lhe foram impostas e questioná-las no sentido de propor novas e coerentes mudanças condizentes com o espaço contemporâneo. Com a participação dos cidadãos, o Brasil passa a ser visto como um dos mais importantes ambientes de inovação democrática. “A Constituição brasileira de 1988, ao estabelecer a transição formal para a democracia, sancionou a descentralização da tomada de decisões e estabeleceu mecanismos para a participação dos cidadãos na formulação, administração e monitoramento de políticas sociais” (Coelho, 2007, pp. 79).

Refletir sobre novos valores e uma nova ética, que não estimule a noção de dominação e controle, mas a organização de redes distribuídas em saúde, baseada na assunção de compromisso e autonomia dos atores envolvidos, é premissa essencial a um agir democrático. Esta relação dialógica torna o poder compartilhado, oportuniza e estimula os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, consentindo que contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados pelos sujeitos e coletivos. Na medida em que são favorecidos espaços de diálogo e aglomeração de coletivos, é também fortalecida a participação social dos cidadãos na construção de um Sistema de Saúde que, se for encarada como um objetivo a ser perseguido, porém não de forma acrítica, ela passa a ser entendida como um processo dinâmico e inacabado que pode sempre ser aprimorado (Campos, 1998).

Desta forma, os espaços de escuta da sociedade civil tornam-se locais cada vez mais apropriados para as tomadas de decisão sobre a produção de políticas e serviços de saúde, dos quais a população apropria-se coletivamente, ultrapassando a mera obrigatoriedade legal da participação e contribuindo para a qualidade de vida. Neste sentido, pode-se pensar a Psicologia como mais um espaço de tencionamento e reforço à participação social, posto que ela inventa modos de fazer saúde pautada na relação dialógica dos desejos e das necessidades de todos os atores sociais (Benevides, 2005). Ao contemplar a diversidade de opiniões dos usuários e da sociedade em toda a sua complexidade de atores, a Psicologia extrapola a consciência cidadã para as demais questões sociais e colabora com o desenvolvimento de uma sociedade mais justa (Coelho, MS, 2010).

Uma vez que as vozes favoráveis à abertura dos campos teóricos e de atuação da Psicologia apontam para uma formação renovada e diversificada, oportunizando assim momentos de diálogo entre as diferentes vozes ouvidas, os contextos de negociação serão construídos tendo em vista ações voltadas à participação e à consolidação de espaços democráticos, capazes de articular a complexidade envolvida no campo da Psicologia. Estas

questões revelam a diversidade do trabalho do psicólogo, exigindo dele não apenas conhecimento de sua ciência, mas também do contexto no qual ele atua (Malvezi, 2010).

O desafio que esta urgência propôs aos psicólogos é a reconstrução de sua identidade. Os profissionais vivenciam a condição de nômades¹, haja vista que a sociedade enfrenta variações contínuas que alteram os limites entre as atividades. Nesta perspectiva, o nômade é um indivíduo desafiado a se readaptar e a se reavaliar e, assim como ele, a identidade do psicólogo dependerá de suas atividades e dos eventos presentes no contexto em que ele atua. Devido à dinâmica da sociedade, o psicólogo tem como objetivo um vir-a-ser em contínua reconstrução, um movimento inquietante sobre a sua própria ação e sobre o ser humano como sujeito de sua realização e de sua história.

Com a profissão do psicólogo apoiando a participação social dos cidadãos na gestão das políticas de saúde é confirmado um patrimônio da sociedade brasileira no processo de democratização. Este viés dialoga com um conjunto de princípios abordados pelo Sistema, entre eles, a saúde como direito do cidadão e a compreensão da potencialidade da participação social na definição das políticas de saúde. Assim, a abertura da gestão do Sistema para a participação popular democratiza e é capaz de compatibilizar as ações em saúde pública às reais demandas sociais (Coelho, MS, 2010).

Controle Social e Gestão Participativa no SUS

A participação social no Brasil está marcada pelos movimentos operários e de sindicatos, conformando mais um processo articulado à complexidade dos movimentos discutidos até aqui. Sua tomada legal, pela Lei 8.142/90, praticada nas formações dos Conselhos de Saúde, configura um novo padrão de representatividade na construção, na operação e na gestão das políticas sociais, com enfoque especial às políticas de saúde. O conceito de participação social assumiu diferentes significados, conforme o contexto em que operou a concepção do processo saúde/doença e as relações entre o Estado e a sociedade. Ora, ela surge com o nome de Assembleia de Cidadãos, ora, como Corporações de Ofício, Conselhos Operários ou Órgãos de autogestão, no entanto, o que importa salientar é que, seja qual for o seu nome, sua importância é sempre inegável. “Ela é, por assim dizer, a pedra de toque, o elemento fundante de toda nova ordem social e é, por isso, que essa idéia expressa hoje, particularmente no caso brasileiro, toda a sua atualidade” (M. S., Brasil, 1986, pp. 01).

¹ No sentido de não ter uma identidade permanente, nem uma variável diante da qual as pessoas são passivas e impotentes.

Neste contexto que se traça, a participação pode ser entendida então como acesso, em que participação popular ou social equivale ao processo a partir do qual a sociedade tem acesso aos bens materiais e aos serviços que se produz. Esta participação só é plena quando a sociedade civil e o Estado não se constituem em partes antagônicas, ou seja, quando o Estado passa a perceber as lutas dos cidadãos como movimentos de direitos, passíveis de convivência com as diretrizes estatais, apesar das contradições que envolvem esta relação. Este é um movimento marcado por atravessamentos típicos de uma sociedade complexa, na qual conceitos contraditórios presentes na sociedade e no Estado mantêm-se ativos nas suas particularidades, mas que, apesar delas, possibilitam uma relação complementar. Seguindo esta concepção, Morin (2002) dispara o pensamento na direção do conceito de recursividade, o qual ultrapassa a noção de regulação e gera produtos e efeitos que são produtores e causadores daquilo que os produz. Sob este prisma, o processo social passa a ser um círculo produtivo ininterrupto e inacabado que se ocupa de agregar novos atores políticos, possibilitar a escuta de suas necessidades e promover a ampliação do processo de democratização da sociedade brasileira (Cunha, 2010).

Acrescenta-se o fato de que a participação social no Brasil deve assumir o pressuposto de que é necessário não só defender o Sistema de Saúde que temos, mas provocar o seu conteúdo no sentido de problematizar o debate sobre aquelas verdades que estão estabelecidas, principalmente aquelas incansavelmente repetidas sem críticas. Os conceitos que assumem esta posição referem-se à busca de identidade, à construção de cidadania, à autonomia e à otimização de espaços democráticos, incentivando a diretriz de participação social a se constituir como um novo paradigma de saúde. Esclareça-se, contudo, que é preciso compreender a participação não só como uma estratégia de governo, reconhecendo-a também como uma qualidade que lhe é essencial, a criação de uma ética de redistribuição de poder na sociedade. E, nesta perspectiva, ela pode funcionar como fortalecedora democrática e descentralizadora decisória, características que exercem controle social sobre a gestão do Sistema de Saúde (Goulart, 2010).

O controle social em saúde é uma ferramenta para alcançar a gestão participativa. Este ato democrático gerencia as ações e as práticas políticas de saúde de forma compartilhada, ou seja, gestores e sociedade planejam programas e serviços que rompem com os padrões tradicionais de comportamento político, incentivando, assim, que os papéis dos diferentes atores sociais sejam plenamente exercidos. Assumindo esta conjuntura, o controle social tem caráter educativo, pois reivindica direitos coletivos e estabelece estratégias para democratizar

o poder. A saúde, na perspectiva do controle social, passa a ser um direito de cidadania, pelo diálogo com a sociedade, para além dos limites institucionais do Sistema Único de Saúde (Stralen et al., 2006).

Quando se aborda participação social é essencial pensar em um contrato de gestão que estimule a descentralização do poder, à medida que amplia a co-responsabilidade pelo uso dos recursos, assim como a expressão e a criatividade dos sujeitos acerca de sua prática profissional. Desta forma, adotar o costume de construir diretrizes que buscam um pensar dialógico, no qual a constituição de indicadores pode ser realizada de modo compartilhado e não somente por especialistas é a proposta da metodologia da gestão participativa (Campos e Amaral, 2007). Em um universo complexo como a sociedade, é preciso que um sistema, para que seja autônomo, esteja aberto e fechado a um só tempo. Deste modo, para que funcione, ele precisa de energia nova para sobreviver, dependendo tanto da captação do meio ambiente, quanto da sua individualidade e originalidade. Como decorrência, o conceito de autonomia passa a ser complementar ao da dependência, embora seja, também, antagônico (Morin, 2002).

Trabalhar com políticas públicas intersetoriais, que ampliem as ações com novos protagonistas e atores sociais na área da saúde, demanda defender que a participação social, com o reforço da ação comunitária e estímulo à autonomia dos indivíduos, oportuniza o desenvolvimento de estratégias de ação que incitam a população ao maior controle sobre sua saúde e condições de vida. O controle social pode ser definido, assim, como o processo no qual a população participa, através de representantes, da definição, da execução e do acompanhamento das políticas do governo. Anterior à Reforma Sanitária, este conceito significava o modo de agir do Estado, controlando a sociedade, mas, na atualidade, considera-se o controle social como a participação da sociedade nas ações governamentais, controlando-as (Duarte e Antero, 2010).

Considerando-se o avanço que o SUS traz para uma mudança social, a participação da população significa uma força imprescindível para fazer sair das leis e adentrar as práticas o que foi conquistado pelo movimento da Reforma Sanitária (Silva, Silva, Lima, Fernandes e de Oliveira, 2010). Olhar para a participação dos diversos atores no processo de construção das políticas parece ser o elemento central para a garantia de direitos de cidadania, já que a análise das políticas públicas deve levar em conta os processos de interação, bem como a diversidade de atores envolvidos na implementação das práticas em saúde (Lotta, 2010). E foi a partir da observação desta dinâmica, na condição de trabalhadora de um serviço público de saúde que

gerou inquietações e o interesse em pesquisar o tema da participação e do controle social no SUS.

Tal percepção advinda da experiência tem dado visibilidade a desafios referentes à efetivação do trabalho nesta área, como pensar a ampliação da autonomia dos sujeitos considerando-os como um processo fundamental para que os atores sociais exercitem atitudes de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/doença e como iniciativa de estabelecer compromisso com os outros. Ações autônomas em saúde permeiam um pensar crítico-reflexivo que propõe ações transformadoras, ou seja, levam o indivíduo a sua emancipação histórica e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si e da coletividade (Marcondes, 2004).

A participação é uma forma de intervenção na vida pública, porque promove a iniciativa de programas especiais de interesse coletivo, reforça a rede associativa e amplia sua capacidade técnica e administrativa, desenvolvendo a participação na definição de projetos e na gestão dos serviços municipais. Ao serem incentivadas estas ações nos indivíduos estão privilegiando iniciativas envolvidas na provocação de mudanças e na produção de conhecimento, de modo que sejam estimuladas estratégias de intervenção sobre a rotina dos serviços de saúde. O somatório dessas ações contribuirá para a consolidação da promoção da saúde, num processo político e social que fortalece as habilidades dos indivíduos em modificar as condições sociais, ambientais e econômicas, num cenário de gestão participativa em saúde coletiva. Desta forma, a participação deve ser entendida como um processo de conquista, um movimento continuado da democratização da vida municipal, vista, assim, como uma ação inacabada (Oliveira e Almeida, 2009).

Contudo, pensar o SUS implica ampliar os espaços para a produção de políticas públicas de saúde e mobiliza a relação entre usuários e serviço, evidenciando possibilidades da comunidade participar do processo de consolidação do Sistema. Para que a participação social consolide-se como uma diretriz que fomente transformações sociais, na ideia de mudança deve estar presente a mobilização social e o fortalecimento da cidadania (Marcondes, 2004). Uma vez que este Sistema é compreendido em um todo complexo, faz-se necessário um planejamento de tipo comunicativo, promissor do diálogo e da troca entre os distintos atores sociais, que gerem organizações dialógicas, reconhecidas pela existência de diferentes olhares sobre uma mesma realidade (Morin, 2002). Transformar estes movimentos em conquistas reais, no cotidiano da sociedade brasileira, é um grande desafio que os atores sociais vêm realizando no exercício do controle social. Este processo de luta por uma saúde

coletiva de qualidade é democrático e, portanto, lento. Mas é necessário construí-lo (Cunha, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de saúde no contexto das políticas públicas no Brasil são marcadas por articulações e movimentos sociais que resultaram na legitimação do SUS. Este Sistema de Saúde nasceu da luta de diversos atores sociais por democracia e pela construção de uma consciência cidadã, a partir da compreensão de direitos e valores de solidariedade. É em meio ao ato contínuo do chamado movimento sanitário, que se deu forma à Reforma Sanitária Brasileira e que se reforça a percepção de que a participação da comunidade no Sistema de Saúde é condição fundamental para o exercício pleno da saúde. Os efeitos desta abordagem têm sido o surgimento de respostas governamentais caracterizadas por práticas que associam o exercício da democracia à participação política em diferentes espaços sociais e a institucionalização do controle social na fiscalização das ações do Estado, com a garantia de acesso a bens e serviços de saúde.

Em meio a esta construção de espaços que incitam o livre pensar, associados a iniciativas de transformações sociais e políticas, houve períodos que se pautaram pela repressão política, negando as possibilidades de participação da sociedade civil na construção das práticas em saúde. Foi o chamado Golpe de Estado que, em 1964, instituiu, no Brasil, o regime militar baseado na doutrina de guerra, contra os movimentos populares que pretendiam realizar reformas sociais e políticas no país. Mas as intensas manifestações da sociedade civil, em especial dos movimentos estudantis, transformaram-se em palco de uma sociedade desejosa do restabelecimento da democracia. Assim, a década de 80, foi marcada por lutas contra a ditadura que se viu forçada a mudar de estratégia e iniciar um lento processo de abertura democrática e ajuste ao que a sociedade reivindicava.

Um paradigma de abertura a uma ordem social diferente daquela até então vigente comporta a necessidade de uma reforma do pensamento, que se complexifica na medida em que desafia o conhecimento a manter unidas perspectivas tradicionalmente consideradas como antagônicas. Acrescenta-se a este pensamento um caráter plural nas relações sociais, assim como o reconhecimento da importância da história para a compreensão dos fenômenos.

Contudo, o esforço de construção desta pesquisa permitiu uma visão geral do movimento da Reforma Sanitária, especialmente em relação à historicidade da conquista do SUS, na legislação brasileira, e do movimento participativo da população no processo de democratização da sociedade. A legitimação deste Sistema de Saúde aponta que, por meio de uma pressão articulada da sociedade, chamando o Estado à sua responsabilidade, é possível o

exercício do controle social, mesmo que a consolidação da democracia participativa na conquista da saúde ainda tenha um longo caminho a percorrer.

REFERÊNCIAS

- Alves, M. H. M. (2005). *Estado e oposição no Brasil (1964 – 1984)*. Bauru, SP: Edusc.
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 21 – 25.
- Brasil, M. S. (2004). *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília.
- Brasil, M. S. (1986). *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*.
- Campos, G. W. de S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 14 (4), 863 – 870.
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (2), 219 – 230.
- Campos, G. W. de S. & Amaral, M. A. do (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e as redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4), 849 – 859.
- Coelho, J. S. (2010). Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências Exitosas e Artigos Acadêmicos* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde.
- Coelho, V. S. P. (2007). A democratização dos conselhos de saúde. *Novos Estudos*, 78.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 10 de agosto de 2010.
- Cotta, R. M. M; Casal, M. de M. & Rodrigues, J. F. de C. (2009). Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 19 (2), 419 – 438.

- Cunha, P. F. da (2010). Avanços e desafios para legitimação do SUS: experiências “do SUS que dá certo”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências Exitosas e Artigos Acadêmicos* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde.
- Duarte, E. B. & Antero, M. de F. S. (2010). O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé (CE). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências Exitosas e Artigos Acadêmicos* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde.
- Editorial. (2010). O direito à saúde é um direito humano inadiável. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 34* (84), 4 – 11.
- Goulart, F. (2010). Dilemas de participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 34* (84), 18 – 32.
- Habermas, J. (2003). *Direito e democracia: entre factividade e validade*. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro.
- Hernandez, A, R. C. & Scarparo, H. B. K. (2007). Da força bruta à voz ativa: A conformação da Psicologia no Rio Grande do Sul nas décadas da repressão política. *Mnemosine, 3* (1), 156 – 182.
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em: 10 de agosto de 2010.
- Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 10 de agosto de 2010.
- Lotta, G. S. (2010). Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Prêmio Sérgio Arouca de Gestão*

Participativa no SUS: experiências Exitosas e Artigos Acadêmicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde.

- Luz, M. T. (2006). Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Maciel, M. de A. (2010). Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 26 (9), 1863 – 1865.
- Machado, M. de F. A. S.; Monteiro, E. M. L. M.; Queiroz, D. T.; Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 335 – 342.
- Malvezi, S. (2010). A profissionalização dos psicólogos: uma história de promoção humana. In: Bastos, A. V. B. & Godim, S. M. G. *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (1), 5 – 13.
- Medeiros, P. F. de; Bernardes, A. G. & Guareschi, N. M. F. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (3), 263 – 269.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Inst. Piaget.
- Morin, E. (1997). *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2000). *O cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2002). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2007). *A religião dos saberes: o desafio do século XXI*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Oliveira, M. L., de & Almeida, E. S. de (2009). Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994 – 2002. *Saúde Soc. São Paulo*, 18 (1), 141 – 153.
- Pinheiro, R. (2004). Democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. *Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 14 (1), 11 – 14.

- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de (2006). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (4), 1067 – 1078.
- Ribeiro, P. T. (2007). Direito à saúde: integralidade, diversidade e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6), 1525 – 1532.
- Rocha, E. G. (2010). Direito à alimentação, estudo democrático de direito e participação popular. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, 34 (84), 67 – 77.
- Rolim, M. (1997). Utopia, democracia e complexidade. In: *Ensaaios de complexidade*. Porto Alegre: Sulina.
- Santos, F. P. dos & Merhy, E. E. (2006). A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, 9 (18), 25 – 41.
- Sarriera, J. C.; Freitas, M. de F. Q. & Scarparo, H. B. K. (2003). *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, C. H. da (2002). Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde*, 16 (2).
- Silva, L. M. S. da; Silva, M. R. F. da; Lima, L. L. de; Fernandes, M. C. & Oliveira, N. R. N. de. (2010). Organização social e estrutural dos conselhos de saúde: formas de garantir a participação popular no acompanhamento e na fiscalização da gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências Exitosas e Artigos Acadêmicos* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde.
- Stralen, C. J. van; Lima, A. M. D. de; Sobrinho, D. da F.; Saraiva, L. do E. S.; Stralen, T. B. de S. van & Belisário, S. A. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 621 – 632.

SEÇÃO II: Sentidos de saúde nas práticas do Conselho Municipal de Saúde.

RESUMO

Este trabalho relata uma pesquisa no campo da Saúde Coletiva pautada na intenção de estudar e favorecer a participação da sociedade nas ações voltadas às políticas de saúde, através do dispositivo do controle social. Busca compreender e problematizar os sentidos de saúde produzidos pelos representantes do Conselho Municipal de Saúde de um município no interior do Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados, foram utilizadas a produção de diário de campo, as entrevistas narrativas e a roda de conversa (Campos, 2000), sendo que esta última também serviu como espaço de devolução preliminar dos dados. Os procedimentos gerados, neste estudo, apóiam-se no pensamento complexo de Edgar Morin. Suas ideias intentam um pensar dialógico, que favoreça a ampliação do olhar sobre o objeto e sensibilize os atores envolvidos na pesquisa diante de uma realidade que é complexa. Os dados foram organizados em três temas de sentidos em saúde: participação social, as funções atribuídas aos conselheiros municipais de saúde e as formas como eles significam saúde. No decorrer das análises, ficou evidente a necessidade de ampliar o olhar sobre as práticas de participação, através da produção de espaços dialógicos para que os conselheiros pensem e compreendam a complexidade de suas funções no Sistema e, ainda, articulem as noções de saúde à perspectiva da integralidade. Destaca-se que a pesquisa assume um caráter interventivo na medida da possibilidade de construir práticas inovadoras que sua realização favorece. Tais práticas, orientadas pelo controle social, podem produzir maior autonomia na gestão da saúde e incentivar ações coletivas.

Palavras-chave: participação; políticas de saúde; sentidos de saúde; complexidade.

ABSTRACT

This essay describes an investigation in the field of Collective Health based on the intention to study and promote society participation in actions related to health politics, by means of the social control principles. It intends to problematise the meanings of health produced by the Health City Board agents in a countryside city in Rio Grande do Sul. Data were collected using field diary, narrative interviews and conversation groups, which was also used to give preliminary feedback. The generate procedures in this study are grounded on Edgar Morin notion of complex thought. His ideas attempt to a dialogic way of thinking that promotes the enlargement view over the object and inspires the actors involved in the research in the presence of a reality that is complex. The collected material was organized in three meaningful health themes: social participation, functions assigned to city health agents and the way they denote the idea of health. During the analysis the necessity of enlargement of the participation practice view was evident, through the production of dialogic spaces so that the agents are able to think and comprehend the complexity of their roles in the System in addition to articulate health notions to the integrality perspective. It is highlighted that the research undertakes an intervenient position taking into account the possibility of establishing innovative practices, which are promoted by this study. Such practices, guided by social control, can produce more autonomy in health management and stimulate collective actions.

Key-words: participation; health politics; health meanings; complexity.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma proposta de intervenção em Saúde Coletiva pautado na intenção de favorecer a participação da sociedade nas ações voltadas às políticas públicas de saúde, através do dispositivo do controle social. Assim sendo, busca compreender e problematizar os sentidos de saúde produzidos pelos representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de um pequeno município no interior do Rio Grande do Sul.

O interesse em pesquisar este tema decorre de reflexões desenvolvidas a partir da prática profissional como trabalhadora em um serviço público de saúde. Tal experiência tem dado visibilidade a desafios referentes à efetivação do trabalho neste campo, principalmente quando se pensa sobre as práticas de participação e controle social naquela comunidade. Sabe-se que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou espaços para a produção de políticas de saúde. Neste processo, mobilizou a relação entre usuários e serviço, evidenciando a necessidade de participação da comunidade na formulação de estratégias contextualizadas de consolidação do SUS. Diante disto, a curiosidade científica da pesquisadora é problematizar as práticas de participação e controle social no município escolhido.

O município onde se realizou esta pesquisa trata-se de uma pequena cidade no interior do Rio Grande do Sul, que pertence à Quarta Colônia de Imigração Italiana. Possui aproximadamente quatro mil habitantes que, em sua maioria, se dedica à agricultura, base da economia da região, fator que caracteriza a demanda dos serviços públicos de saúde no município. Estas demandas estão relacionadas ao alto índice de intoxicação por veneno utilizado na lavoura; queixas relacionadas a problemas na coluna vertebral, em função do esforço físico que a agricultura exige, e sintomas depressivos em decorrência de desastres naturais que influenciam no plantio e na colheita de produtos agrícolas. É importante atentar para as peculiaridades dos usuários do serviço de saúde deste município para que seja possível pensar a formulação de estratégias de saúde que contemplem os seus modos de vida.

Em função disso, tratar de saúde é evidenciar um conceito complexo, que denota estratégias e movimentos do cotidiano e não uma cronologia de eventos históricos. A saúde, como aqui está sendo entendida, remete à coletividade, conforme afirmam Medeiros, Bernardes, e Guareschi (2005),

(...) quando a saúde é definida como uma questão integral, plural, na ânsia de integrar, de tornar o sujeito indivisível, completo, não se está agindo sobre o indivíduo, mas sobre a relação, as ações que ele estabelece consigo e os outros em termos de cuidados e atenção integral (p. 264).

O que pretendo apontar é que, quando se aborda o conceito de saúde, tendo em vista o SUS, não se pode abandonar a ideia de transformação em contexto que unifica as noções formuladas neste campo.

Para trabalhar sobre os sentidos de saúde, via de regra, busca-se o conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, ao definir saúde, parte primeiramente da sua negação, afirmando não se tratar apenas da ausência de doença, mas de uma “situação de perfeito bem estar físico, mental e social” (M. S., Brasil, 2006). Cabe, aqui, considerar os questionamentos feitos por Segre e Ferraz (1997) a respeito desta formulação. Para eles, trata-se de uma definição irreal, pois parece ser impossível atingir tal perfeição. A partir destas considerações e, provavelmente, da necessidade de não fomentar idealizações, estes autores propõem pensar a saúde como um estado de razoável equilíbrio entre o indivíduo e a realidade.

Na medida em que o equilíbrio também pode ser compreendido como suscetível à idealização, propomos a associação do conceito de saúde à necessidade de contínuo movimento que nos impõe a vida e o pensamento no tempo presente, pleno de incertezas e da premência de articulações. Em função disto, optamos por apoiar nossas reflexões sobre o tema no pensamento complexo de Edgar Morin (2002). O desafio da complexidade reside no movimento da religação e da incerteza, uma vez que é preciso religar o que era considerado como separado, ao mesmo tempo em que é preciso fazer com que as certezas interajam com as incertezas, num jogo dialógico. Sob tal ótica, pensar o SUS na perspectiva do controle social é fazer o movimento de juntar princípios, ideias e noções que parecem contraditórias e criar espaços de avaliação da situação de saúde, tanto no sentido de explicitar conflitos, como estabelecer propostas para a formulação das políticas de saúde. Participar criticamente na formulação, na execução da política de saúde e propor soluções para o seu melhor funcionamento, a partir de uma postura problematizadora, é manter ativo o controle social e, assim, a continuidade dos processos de construção do SUS (M. S., Brasil, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, 1990) sugere uma definição ampla:

(...) a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Art. 3º).

Partindo desta definição, pode-se pensar que há saúde onde existe qualidade de vida, mas não só, pois também se refere ao modo pelo qual homens e mulheres vivem em sociedade (M. S., Brasil, 1990).

Quando pensamos o objeto saúde, olhamos para ele, considerando o espaço social em que está inserido, com condições físicas, psicológicas e sociais produtoras de vida e determinantes de processos existenciais do ser humano. Sendo assim, investigar a saúde é entrar em contato com princípios e diretrizes do SUS que dão ênfase à concepção integral de saúde, o que exige o desenvolvimento de ações preventivas e curativas, bem como reforça a necessidade de ações voltadas para a erradicação das causas sociais das doenças (M. S., Brasil, 2001).

O SUS foi concebido, no artigo 196 da Constituição Federal, como um Sistema de proteção social. Assim sendo, é definido como uma instância que disponibiliza acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Trata-se, neste sentido, de um dever do Estado assegurá-las mediante ações específicas e também por meio de políticas sociais e econômicas produtoras de qualidade de vida. Além disso, as ações em saúde devem formular estratégias integradoras de um saber coletivo que favoreçam a autonomia e a emancipação, o pensamento crítico e reflexivo. Deste modo, supõe um sujeito capaz de promover ações transformadoras nos cuidados de si e da coletividade. Assim, a promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre diversos atores, que apropriados de autonomia, são capazes de implementar políticas de saúde (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira e Barroso, 2007) ao mesmo tempo em que são produzidos por elas (Morin, 2002).

Esta rede de serviços, o SUS, é destinada ao conjunto da sociedade e preocupa-se em garantir fatores de proteção a todos os cidadãos. Para permitir esta socialização dos bens públicos essenciais, sem ser produzido o caos, recomenda-se o fortalecimento do processo democrático e a multiplicação dos atores envolvidos na elaboração e na gestão das políticas públicas de saúde. O exercício responsável e solidário da autonomia, ou seja, da capacidade do governo descentralizar o poder para outros sujeitos sociais, depende fundamentalmente de valores e condutas que incluem o respeito ao outro e à coletividade. A co-gestão é um modo de funcionamento vital para se lidar com a organização dos sistemas e com as práticas cotidianas da vida. Em face disso, a participação social assume sempre a forma de interação política (Campos, 2006). O termo interação se refere, neste sentido, ao conjunto de relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem num sistema, emergindo, neste processo, o

caráter organizado entre as partes e o todo. Sendo assim, a organização evidencia a ordem, mas também a desordem, ou seja, o determinismo sistêmico pode comportar aquilo que regula e protege, mas, por outro lado, produz desordens denominadas liberdade. O paradigma da organização instiga a uma reforma no pensamento, jamais expulsando a desordem, tampouco ocultando a organização, devendo conceber sempre a complexidade da relação (Morin, 2002).

Debruçar-se sobre as perspectivas do SUS é pensar sobre os sentidos de saúde de forma ampliada e dinâmica, sob o viés da Saúde Coletiva, que rompe com a causalidade linear, incentivando a modificação do modelo assistencial hegemônico para o desenvolvimento de serviços mais próximos da população, das suas prioridades e necessidades. Há, então, a exigência de uma nova mentalidade, comprometida com uma postura ativa e reflexiva na construção de um sistema universal, integral e equânime. Pensar o coletivo implica um processo em que os efeitos e os produtos são necessários a sua produção e a sua própria causação, num circuito recursivo (Morin, 1991). São valorizadas práticas coletivas comprometidas com o bem-estar social², a produção social da saúde e da cidadania (Dimenstein, 2001).

Com isto, são estabelecidas novas formas de ver a política de saúde, assim como são evidenciados valores como o de cidadania, sujeito de direitos e uma produção de vida que objetiva compreender um ser humano integral, num processo recursivo e dialógico. Os sentidos de saúde, vistos então em movimento, não agem apenas sobre o indivíduo, mas sobre a sua ação, sobre a relação que ele estabelece consigo e os outros em termos de cuidado e atenção integral (Medeiros et al., 2005).

As práticas de saúde existentes no município pesquisado buscam produzir encontros com este modo de conquistar saúde. A equipe presente no serviço é composta por profissionais comprometidos com as necessidades sociais da população, integrando um grupo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que presta serviços de atenção básica no interior do município, e uma equipe que constitui a Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no centro da cidade. A minha inserção como psicóloga trabalhadora do município pertence ao grupo que atua no centro da cidade. Esta equipe é composta por dentistas, médicos(as), enfermeiras e farmacêutica, agentes comunitários(as) de saúde, auxiliares de consultório dentário e técnicos(as) de enfermagem, os quais são sujeitos envolvidos com práticas de intervenção em saúde, mas também são cidadãos e usuários do Sistema, interagindo com as próprias demandas e as da comunidade. É na produção destes movimentos dialógicos que se

²Tomo como referência a concepção de bem-estar social proposto por Dimenstein (2001): práticas comprometidas com a responsabilidade social, princípios da qualidade de vida, da ética e da cidadania.

oportuniza evidenciar as necessidades sociais da população, objetivando tornar mais democrática e participativa a relação entre o Sistema e os cidadãos (Campos, 2000).

Sob este viés da gestão participativa, na perspectiva do controle social, compreende-se que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um espaço onde podem ser potencializadas as demandas da população. A participação da comunidade deverá, nesta ótica, ser atuante, de modo a colocar em discussão formas de atenção em saúde que garantam atendimento a quaisquer necessidades que vierem a se apresentar. É na produção deste movimento participativo e de uma possível transformação social que a perspectiva da complexidade, que este trabalho propõe, pretende pensar.

Assim, refletir sobre os sentidos de saúde produzidos pelos diversos atores sociais envolvidos com o serviço público desta comunidade provoca o pensamento através de espaços dialógicos. Assume-se, com isto, uma postura problematizadora diante de um fenômeno complexo, capaz de disparar o pensamento na implementação de políticas públicas de saúde.

Este trabalho deseja expressar, então, a possibilidade de aproximar diversos atores envolvidos na construção do SUS – representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários – orientados pela busca da participação ampliada, ferramenta essencial ao exercício do controle social, para interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade.

CONTEXTO DE FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS

A implementação do SUS tem demonstrado várias possibilidades de atuação na rede de saúde. Por outro lado, as experiências, nesse campo, denotam dificuldades no que se refere à eficácia e à efetividade dos serviços oferecidos à população. Assim, dentre outras, emergem obstáculos como conhecimento dos recursos da rede, participação da comunidade, disponibilidade de espaços de reflexão e discussão acerca dos serviços. Dentre tais recursos, que emanam das dificuldades apontadas, destaca-se o CMS, dispositivo destinado a consolidar a participação da coletividade nos destinos da saúde do Município.

A Psicologia, no decorrer dos processos de implementação do SUS, tem sido convocada no sentido de contribuir com a criação de estratégias que favoreçam uma atenção à saúde, tendo em vista as noções de cuidado integral, equidade e participação, entre outras. Tal demanda brinda a área com um duplo desafio: compreender os processos de transformação de indivíduos em sujeitos coletivos e, ao mesmo tempo, produzir conhecimentos na área que patrocinem a formulação de estratégias para consolidar esses processos de transformação. Desta forma, ao estudar os sentidos de saúde produzidos pelos integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS), poderemos contribuir para a promoção de espaços dialógicos sobre políticas de saúde e, com isto, favorecer e fortalecer as práticas de participação e controle social.

Na medida dessa necessidade, o objetivo geral deste trabalho foi problematizar as práticas de participação e controle social no SUS, tendo em vista as experiências de um pequeno município do interior do Rio Grande do Sul. Como decorrência, os objetivos específicos referiram-se à promoção de discussões sobre os sentidos de saúde produzidos pelos integrantes do CMS daquele município e o favorecimento de espaços dialógicos sobre políticas de saúde e de estratégias de articulação da rede.

MÉTODOS

Antes de adentrar as questões de cunho organizativo, faz-se importante refletir sobre alguns aspectos pertinentes ao desenvolvimento desta pesquisa.

Os procedimentos metodológicos gerados, neste estudo, apóiam-se no pensamento complexo de Edgar Morin (1991). Suas ideias não visam a uma produção completa de conhecimento, reforçando uma concepção de verdade absoluta. Pensar o que é complexo revela a incerteza, a incapacidade de estar seguro de tudo e de formular leis. A complexidade não deve ser vista como a chave do mundo, mas como um paradigma a enfrentar desafios, jamais evitando ou suprimindo-os, ao contrário, ajudando a revelá-los e, por vezes, mesmo, a ultrapassá-los. Em função disso, constitui-se como intenção deste trabalho a produção de um pensar dialógico, que favoreça a ampliação do olhar sobre o objeto de estudo e sensibilize os atores envolvidos na pesquisa, assim como pesquisadores e comunidade acadêmica, diante de uma realidade que é complexa.

Interessa, nesta reflexão, agregar conhecimentos que sejam úteis para pensar as teorias e práticas em saúde como noções que possam potencializar, na ciência, um saber possível de reflexão, discussão e meditação, levando em consideração a arte e o cotidiano com suas diversas expressividades (Ceccim e Ferla, 2006). O conhecimento, quando entendido em um contexto mais global, torna-se cada vez mais pertinente, em contrapartida, se apostamos em um conhecimento fragmentado e inquestionável, somos conduzidos ao erro e à ilusão. E para percebermos o conhecimento num quadro de referência mais amplo é essencial favorecer o exercício da reflexão, negando a acumulação permanente de conhecimento e oportunizando pensar nos conceitos como nunca concluídos (Morin, 2002).

Em concordância com a complexidade e a relevância do tema, um dos modos de explorá-lo pode ser a adoção da produção de sentidos como uma ferramenta que beneficia articulações sobre o assunto. À produção de sentidos, estão incorporados significados e intenções que constituem os atos, as relações e as estruturas sociais, que são características das construções humanas significativas (Minayo, 1998). Desta forma, ao buscar compreender os sentidos de saúde construídos socialmente, passamos a considerar a dinâmica das relações sociais que se estabelece na construção do conhecimento. Situações e fenômenos do entorno constituem, assim, processos interativos em contexto, ou seja, atravessados por questões históricas e culturais (Spink, 2004).

Os diferentes sentidos não estão presentes apenas nos produtos culturais tradicionalmente prestigiados, como a arte e a religião, encontram-se também, e principalmente, nas ações cotidianas que, via de regra, são banalizadas. A sua compreensão não exige um conhecimento prévio das intenções dos atores sociais, ao invés, transcende o entendimento intuitivo ou dedutivo do objeto em questão (Weller, 2005).

Consideramos que para problematizar as narrativas produzidas pelos representantes do CMS é importante tencionar a inseparabilidade de conceitos contraditórios para entender os fenômenos que atravessam os sentidos de saúde. Este viés dialógico permite que noções antagônicas convivam nas mais variadas situações do cotidiano, ou seja, suas particularidades não são anuladas, mas evidenciam a possível existência de complementaridade entre si (Morin, 2002).

Portanto, assumir este viés epistemológico é compreender que estes pressupostos articulam distintas razões no entendimento da complexa relação produto-produtor, causa-efeito, parte-totalidade. Os sentidos de saúde produzidos pelos diferentes integrantes do CMS foram pesquisados nos seus movimentos de constituição, atravessamentos e desconstruções sucessivas.

Participantes

Ao possibilitar um espaço de escuta aos conselheiros municipais de saúde, abre-se a oportunidade deles serem percebidos e se perceberem como efetivos atores sociais. Neste sentido, foram articulados os contatos com os participantes, dotando-os de liberdade e posicionamento crítico diante de um cenário social emergente de reflexões sobre as práticas efetivadas e as proposições de outros modos de abordagem. Sendo assim, os participantes da pesquisa são cinco integrantes do CMS composto por: presidente, vice-presidenta, gestora, representante de empresa pública e representante da comunidade. Os nomes utilizados para ilustrar as falas são fictícios e correspondem, respectivamente, aos cargos acima nominados conforme segue: Saulo, Clara, Diana, Melina e Bete. A coleta efetivou-se a partir de uma entrevista e, nesta ocasião, os conselheiros foram convidados para integrar uma roda de conversa (Campos, 2000), na qual foi feita a devolução das análises das entrevistas e abriu-se espaço para a discussão sobre elas, inaugurando a segunda etapa da pesquisa.

Procedimentos para coleta de dados

Para dar início à coleta de dados foi feito um levantamento no Livro Ata do CMS, a fim de listar os representantes mais assíduos nas reuniões do último ano (período de agosto de 2008 a agosto de 2009). A partir desta análise prévia do fluxo de participação nas reuniões, verificou-se que as pessoas com maior assiduidade tinham entre 40% e 70% de presença. Diante desta constatação, optou-se por adotar a frequência de 50% na busca dos participantes da pesquisa, sendo, pois, cinco os entrevistados que compõem o grupo de interesse da pesquisadora. Além do número de entrevistados obedecer ao índice de frequência nas reuniões, a opção por este número de participantes teve como critério a possibilidade de agregar conteúdos suficientes para a discussão e, também, para que fosse atendida a demanda de curiosidade científica desta pesquisa (Turato, 2003). Os assuntos que levantados pelos participantes serão discutidos em momento posterior, no formato da roda de conversa, que é uma ferramenta dialógica, na qual se identificam pressupostos do pensamento complexo, sendo muito utilizada na área da saúde, porque permite a participação de todos os interessados nas discussões sobre os temas do controle social, potencializando ações na saúde (M. S., Brasil, 2009).

Como instrumentos para a coleta de dados, utilizaram-se as entrevistas narrativas, a roda de conversa e a realização de um diário de campo. A escolha de trabalhar com a coleta de narrativas partiu da ideia de que o ato de contar histórias é uma técnica que possibilita manter contato com as vivências dos sujeitos e articular reflexões sobre os sentidos de saúde produzidos pelos diversos atores sociais (Jovchelovitch e Bauer, 2002). As histórias não são dissociadas do processo de viver, são convergentes à maneira de ver o mundo e de viver nele, passando a integrar-se ao mesmo e, partindo de relatos vividos, as histórias passam a ser acessíveis aos outros (Silva e Trentini, 2002). Já o recurso da roda de conversa está sendo cada vez mais empregado nos espaços públicos e científicos. Ele oportuniza o diálogo sobre assuntos de interesse das comunidades, assim como, no caso do presente estudo, a apropriação das diretrizes e dos princípios do SUS e a história da saúde no Brasil. Inspirada nas brincadeiras de ciranda, nas quais cada participante entra no jogo sem interferir no ritmo do grupo, a dinâmica da roda é vista como um espaço democrático, que suscita a noção de movimento (Campos, 2005).

Diante dos processos decorrentes da utilização destes instrumentos, define-se o caráter de intervenção desta pesquisa. Assim sendo, respeitada a responsabilidade social e a ética da

prática profissional, é possível a “(...) criação de territórios de conhecimentos-subjetividades que põem em movimento, no mesmo ato, conhecimento, intervenção e autoria” (Maraschin, 2004, pp. 99). Pode-se pensar, então, que o processo de pesquisar é uma ação de conhecimento com efeitos para além dos limites da pesquisa em seu sentido estrito, pois potencializa outras formas de participação nos territórios da vida. Na medida em que os “objetos de pesquisa” se encontram com o observador, tornam-se também observadores ativos, porque participam de redes de conversações que podem ser transformadas a cada novo encontro. Neste sentido, a aceitação da ideia de que toda pesquisa implica uma intervenção é válida especialmente para aquelas que apresentam a intenção de desestabilizar modos de ação recorrentes nos espaços pesquisados (Maraschin, 2004), como é o caso desta produção.

Além dos recursos das entrevistas narrativas e da roda de conversa, foi elaborado um diário de campo (Anexo 01) para registro dos momentos informais de coleta de dados, constituindo-se, pois, em mais um instrumento que desenha a pesquisa e seu processo de análise (Víctora, Knauth e Hassen, 2001). Nesta perspectiva, as reflexões e as observações sobre o campo de pesquisa acontecem de forma dialógica, não apenas religando espaços separados de conhecimento, mas unindo conceitos antagônicos como certeza e incerteza, ordem e desordem. O movimento produzido pelo pensamento complexo redescobre o desconhecido e esforça-se para se aproximar o mais possível do indecifrável, solidarizando tudo o que constitui a realidade (Morin, 1997).

Questões Éticas em Pesquisa

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, tendo sido aprovado conforme Anexo 02, assim como passou pela aprovação da Secretaria de Saúde do município onde foi realizada a pesquisa.

Com relação aos participantes das entrevistas e da roda de conversa, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 03), informando sobre os objetivos da pesquisa, da garantia de sigilo com relação aos dados obtidos, do esclarecimento sobre a pesquisa durante sua realização e da garantia de entrega de uma cópia do trabalho ao seu término.

Procedimentos para análise dos dados

O primeiro passo para a análise dos dados foi a transcrição das entrevistas gravadas, partindo do pressuposto de que as narrativas coletadas não são apenas uma listagem de acontecimentos, configurando uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo, como nos sentidos. A partir da transcrição, foi possível absorver os conteúdos da forma mais ampla e profunda. Para compreender uma narrativa em relação às funções e aos sentidos do enredo, não basta apenas seguir a sequência cronológica dos acontecimentos, deve-se considerar que ela expressa a visão do mundo ou representações coletivas de um determinado grupo no tempo e no espaço (Weller, 2005). Por isto, as narrativas não estão abertas à comprovação e não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas, devendo, desta maneira, serem interpretadas com vistas para o que é real para o contador de histórias (Bauer e Gaskell, 2002). Deste modo, a própria análise configura-se como uma possibilidade dialógica, uma vez que incita refinar o olhar que se dirige aos fenômenos e permite perceber o sistema como uma rede que deixa entrever efeitos antagônicos, que, entretanto, não excluem a manutenção da coerência da produção científica (Morin, 2007).

Neste sentido, concepções reducionistas, revestidas de pensamentos lineares, acabam por acomodar o pensamento e não a repensá-lo, em virtude disso, Morin (2002) propõe princípios complementares e interdependentes, incentivando um pensar articulado pelos operadores dialógico, recursivo e hologramático. Em relação ao primeiro operador, somos estimulados ao pensamento multidimensional, ou seja, podemos perceber duas noções como estimuladoras e reguladoras ao mesmo tempo, sem que a dualidade perca-se nesta unidade. Já a organização recursiva pensa que os efeitos e os produtos são necessários a sua própria causação e produção, tomando o processo social como um movimento produtivo ininterrupto. Na perspectiva hologramática, por sua vez, percebemos um sistema complexo não só a partir do todo em relação às partes, como também as partes existentes neste todo. Portanto, para a compreensão dos fenômenos globais é necessário um movimento oscilatório entre os pontos individuais e o conjunto.

Com o uso deste referencial, pretende-se problematizar os processos sociais no campo da saúde pública e trazer à tona a possibilidade de explicitar diferentes significados presentes nas relações cotidianas que atravessam as estratégias de atenção à saúde da população.

Em um segundo momento foi oportunizado aos entrevistados e seus pares refletir criticamente sobre os dados coletados nas entrevistas, no espaço que se destinou à roda de

conversa. Esta é uma ocasião, que somada às entrevistas individuais, envolve os participantes em um sistema com noções contraditórias para um mesmo fenômeno, ou seja, é dada possibilidade aos participantes de pensar conjuntamente, em sua complementaridade, as noções de ordem e desordem. Esta ideia convida a enriquecer o olhar sobre o acaso e a incerteza, impelindo à crítica de saberes que se impõem como certos, assim como estimula a autocrítica. Trabalhar com a análise do Método da Roda implica um movimento sistêmico, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como conhecer o todo, sem conhecer, particularmente, as partes (Morin, 2002). O pressuposto sistêmico tensiona a ideia reducionista e, por isto, a roda de conversa estimula a promoção de ações co-gestoras e não dominadoras dos sujeitos. Este é o objetivo da análise do Método da Roda (Campos, 2000).

Dentre os diversos materiais coletados, foi realizada a análise detalhada de cada prática narrada, de forma a conhecer os sentidos associados à saúde. Após a transcrição das entrevistas, foi cumprido um procedimento gradual de exame das narrativas, do qual foi possível destacar temas de sentidos que nortearam as interpretações. De maneira geral, as “(...) narrativas são uma sucessão de eventos ou episódios que abrangem atores, ações, contextos e espaços temporais” (Jovchelovitch e Bauer, 2002, pp. 108) e a tentativa de compreendê-las é captar não apenas como os acontecimentos são descritos, incluindo também a rede de relações e significados que dá à narrativa seu sentido como um todo.

Desta forma, alcançou-se uma síntese temática das narrativas, possibilitando a criação de temas de sentidos que foram descritos e exemplificados com trechos extraídos dos materiais. Esta dinâmica gera conhecimentos sobre os sentidos de saúde produzidos por aqueles participantes. Assim se construiu a análise, partindo dos questionamentos e inquietações da autora que, para além de conhecer os sentidos em saúde produzidos por aqueles atores sociais, amplia, através da roda de conversa, o conhecimento das relações e dos contextos e, assim, produz aprendizagens contínuas. E, sob esta perspectiva, ao produzir saberes para além das fronteiras da pesquisa científica, são ampliadas as formas de participação no contexto de estudo e criada a oportunidade de desestabilizar pensamentos e práticas repetitivas. É a partir da união de operações intelectuais e afetivas, ou seja, da união da razão e da paixão (Morin, 2009), que o aprender e o ensinar são possíveis de acontecer, evidenciando a característica interventiva desta produção.

ESTABELECENDO DIALÓGICAS SOBRE OS SENTIDOS DE SAÚDE PRODUZIDOS PELOS INTEGRANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A escolha do método descrito anteriormente possibilitou à pesquisadora inserir-se em espaços de desenvolvimento e reflexão sobre a saúde, afetar-se por este ambiente, assim como, recursivamente, afetá-lo. Esta aproximação do método em relação à prática oportuniza a construção de diversos saberes e a produção de diferentes “temas de sentidos”, resultantes das narrativas coletadas.

Para a compreensão dos sentidos de saúde produzidos pelos integrantes do CMS, é essencial problematizar estes dados, os quais se fazem presentes nas diferentes ações cotidianas, ou seja, no contexto social onde existem sujeitos envolvidos com a expressão das ações e a organização social. O estudo dos sentidos de saúde produzidos pelos diferentes atores pode ser visto como um instrumento que auxilia na inserção da pesquisadora em espaços que lhe são alheios e encaminha a sua compreensão para as visões de mundo de um determinado grupo (Weller, 2005).

Desta forma, apresentam-se três temas de sentidos que, mesmo abordados separadamente, estão constantemente associados de modo a não esquecer a complexidade de suas relações (Morin, 1997). Entende-se, a partir disso, que cada tema tem a inscrição do todo em si e, portanto, cada parte tem condições de representar aspectos também presentes nos demais temas. Esta dinâmica remete ao operador hologramático que, ao permitir pensar os conceitos de forma reorganizada, possibilita descobrir a expressão de um conhecimento global (Morin, 2007). Com isso, os temas abordados, em interação com algumas narrativas, ressaltam a característica do sistema pesquisado, ou seja, a variedade de elementos que o constitui e que estão permanentemente relacionados.

A articulação das falas dos sujeitos com os temas de sentido formulam os resultados das análises e dão o mote para compreender os sentidos de saúde produzidos pelos conselheiros, na perspectiva de problematizar práticas de participação e controle social no SUS. Assim, apresentamos a seguir os seguintes temas de sentidos: *“O pessoal não participa muito, não tem voz ativa, não duvidam de nada, aí eu não sei se é porque realmente está bom ou porque eles não têm informação”*; *“O conceito de saúde abrange vários itens dentro da vida da pessoa, acho que é um conjunto”* e *“É bom ter conhecimento para poder debater os assuntos lá dentro”*.

“O pessoal não participa muito, não tem voz ativa, não duvidam de nada, aí eu não sei se é porque realmente está bom ou porque eles não têm informação”

É importante lembrar que o objetivo desta pesquisa foi problematizar as práticas de participação e controle social no SUS, tendo em vista as experiências de um pequeno município do interior do Rio Grande do Sul. Como decorrência, os objetivos específicos referiram-se à promoção de discussões sobre os sentidos de saúde produzidos pelos integrantes do CMS daquele município e o favorecimento de espaços dialógicos sobre políticas de saúde e estratégias de articulação da rede.

Considerando estes objetivos, iniciamos apresentando o primeiro sentido de saúde percebido nas falas dos participantes da pesquisa. Tal tema de sentido refere-se à diretriz constitucional de participação da população no sistema de saúde. Não estando nomeada por decreto, mas representada pelo controle social como ferramenta da democratização da saúde, ela visa a operacionalizar seus princípios, garantindo uma assistência integral ao cidadão, gerando um maior comprometimento e a co-responsabilidade pelo projeto de saúde (Camargo-Borges e Mishima, 2009). A importância desse tema deve-se ao fato de que dar visibilidade para os momentos de diálogo entre os representantes do CMS mostra posturas que favorecem a construção do engajamento e do vínculo, produzindo um espaço mais participativo. Esta é uma característica da gestão participativa sentida na narrativa de uma representante da comunidade:

“gosto muito de estar dentro do Conselho para aprender (...) ali tem que ser criado coisas, tem que surgir idéias novas, que faça crescer, que faça melhorar, eu gosto de participar, é muito bonito, como a gente aprende” (Bete).

No plano da participação social, mais do que o volume de conhecimentos técnicos, relativos à formação dos representantes ou ao saber quanto às leis que regem o Conselho, é preciso desenvolver tecnologias para o contato com a diversidade. Envolver-se com o protagonismo é promover abertura à experiência vivencial do cotidiano dos serviços e, com isso, ampliar os espaços de contato e de aprendizagem. Estes movimentos devem constituir o Conselho e facilitar processos de participação, pautados sempre no compromisso com a ética e a política do Sistema (Ferla, 2004).

Outra narrativa que vai ao encontro de pensar o espaço de participação social como lócus de implicação coletiva, responsável pela formação de uma rede integral no interior do Sistema, é o expresso pela fala de uma representante de empresa pública:

“(...) a gente aqui é um livro aberto (...) sempre que há novidades, por exemplo, campanha de vacinação do idoso (...) se eu encontro alguém sempre são levadas estas informações, são até anotadas em agenda para não esquecer. Eu não sou membro daquela comunidade, mas eu sou representante do Conselho, sou membro de uma instituição que engloba todas as comunidades, então se eu encontro alguém são sempre repassadas as informações” (Melina).

Esta afirmativa denota que a participação não se dá apenas com a presença, de fato, nas reuniões do Conselho, acontecendo também quando os integrantes levantam demandas que priorizam ações de acordo com a realidade local, eles estão tomando todos os participantes como protagonistas da produção de saúde naquele contexto. Nesta perspectiva fortalecedora da condição de protagonismo, está configurado um espaço capaz de se liberar de um discurso predeterminado em favor de práticas que combinam conhecimentos mestiços o mais próximo possível do plano de horizontalidade (Ferla, 2004). Associando estes saberes nunca concluídos à complexidade, podemos pensar que, para tentar compreender os fenômenos na sua multidimensionalidade, não devemos esquecer as totalidades integradoras, ou seja, a junção de conceitos que lutam entre si (Morin, 2000). Com isso, torna-se sustentável um processo comunicativo que tem por base as aproximações entre os antagonismos, mas que, em meio às contradições, gera espaços inclusivos e práticas participativas mais contextuais (Camargo-Borges e Mishima, 2009).

Mesmo com a ênfase dispensada à participação social, ainda há dificuldade na sua prática. Isso fica evidente quando notamos, por exemplo, que há todo um aparato legal que valoriza e incentiva a participação social, havendo, ao mesmo tempo, um referencial que discute a grande dificuldade de sua legitimação. Esta assertiva esclarece a seguinte afirmação de Melina:

“Os conselheiros municipais de saúde não tem uma participação de fato, mas de direito (...) as pessoas acabam entrando sem saber o que é ser conselheiro (...) porque ninguém quer ser conselheiro, aqui pelo menos (...) primeiro porque não recebe nada, segundo porque tem que vir numa reunião e ficar sentado, escutando (...) muitas vezes entram à contragosto, não sabem muito bem qual é o papel do conselheiro”.

Este fragmento de narrativa leva a pensar que estamos diante de um controle meramente formal pelos Conselhos de Saúde, no qual a participação popular está restrita a pactuar com as despesas, legitimando o Sistema e a ordem política vigente. Neste sentido, parece que fica distante a possibilidade dos Conselhos representarem, de fato, os interesses dos diferentes segmentos da população, já que o desconhecimento sobre a distribuição de

poder sob a forma de políticas sociais só é possível com o movimento da classe trabalhadora na direção da disputa por aquilo que lhe confere o poder legal e de fato (Bettiol, 2006).

Também, neste sentido, reforçando a dificuldade dos representantes em ocupar os seus papéis como membros do Conselho é a afirmação do presidente do CMS:

“eu acho que tem pouca participação e tem o pessoal mais do interior que às vezes estão lá nem assistindo, estão quase dormindo na reunião (...) há anos tem os mesmos participantes, são sempre os mesmos, aquelas aprovações de valores e quanto que investiram (...) então fica uma coisa meio corriqueira, o pessoal já nem faz mais cerimônia (...) eu acho que tinha que fazer capacitação do pessoal, reforçar as ações, porque eles têm que representar a comunidade, eles tem que levar os problemas que a comunidade trouxe para tentar influenciar o governo a fazer alguma coisa de melhor” (Saulo).

A partir destas narrativas, fica evidente a necessidade de existir problematizações por parte de quem está engajado em torno do projeto de saúde que envolve o Conselho. Uma vez que a Reforma Sanitária intencionou promover a transformação do sistema e dos atores sociais envolvidos, é essencial que haja a compreensão dos princípios e das diretrizes do Sistema, para que uma luta comum possa ser sustentada (Silva, Pinheiro e Machado, 2003).

Ampliar a produção de conhecimento neste âmbito pode ser uma possibilidade de potencializar a interação e a construção da cidadania de todos os representantes do processo participativo. É urgente buscar ferramentas teórico/práticas que facilitem o entendimento sobre as diretrizes e os princípios do Sistema, em especial, da instância do Conselho. Esta ação legitima o saber comunitário junto ao saber científico e promove maior aproximação entre os atores sociais envolvidos neste processo (Camargo-Borges, 2007). A escolha pelas ferramentas de ampliação dos saberes está condicionada à necessidade de interferências de todos os envolvidos no Sistema, assim como a qualificação contínua dos conselheiros, independente de sua representação legal, em direção às forças que desenham mais liberdade e uma democracia mais sólida, são emergências das ações educativas que precisam se tornar mais fortalecidas. Possibilitar uma construção dialógica do conhecimento, em que diferentes formas de interpretar um mesmo evento, geram diversas histórias, abre espaço para a compreensão da realidade socialmente construída, com outras narrativas e interações, mais acordadas com as emergências em que se vive na atualidade (Ferla, 2004). Esta posição incentiva a ideia disparada pelo paradigma da complexidade, ou seja, considera que as singularidades de cada contexto saibam promover a comunicação do que é distinto, favorecendo a globalização dos saberes e o exercício de empoderamento das diferentes instâncias envolvidas no projeto de saúde (Morin, 2002).

O Conselho, quando visto como um espaço que combina sofisticação e complexidade de conhecimentos e práticas, orienta os representantes a um movimento mais criativo, mais engajado com as práticas de participação social. Sob este viés, a narrativa a seguir confirma a importância dos momentos de ampliação dos conhecimentos sobre os aspectos teóricos e práticos que envolvem o Conselho, exposto no momento da roda de conversa:

“(...) eles estão aqui, sentam, escutam o que a secretária fala ou o que o presidente do Conselho fala ou o que os outros falam, e muitas vezes ao final da reunião só assinam a ata e vão embora, eles não tem aquela consciência, aquele preparo para pensar assim ‘não, eu sou conselheiro, eu vou opinar’ (...) daqui a pouco tem que treinar, dizer assim ‘você tem poder, tu não entendeu, tu não quer, quer complicar, vamos sentar e vamos ver o que é’ (...) mas as pessoas acabam muitas vezes vindo sem vontade, foram indicadas (...) se houvesse um dia de treinamento a cada dois anos, quando se muda um pouco a composição do Conselho, eu acho que as pessoas viriam com outras idéias para a reunião, eu acho que elas viriam diferentes” (Melina).

A falta de informação sobre como participar e o conseqüente não empoderamento dos representantes podem ser vistos como fatores de esvaziamento dos Conselhos (Silva, 1998). Longe de serem espaços dialógicos de envolvimento, parecem apenas servir para práticas de pactuação, com ações focalizadas em processos regulatórios, divergentes das demandas políticas locais. A burocratização dos Conselhos evidencia a perda de potência deste espaço que deveria ser realmente democrático, com poder descentralizado e geração de capital social partilhado entre Estado e sociedade civil. Diante disto, é urgente problematizar estratégias que vão ao encontro do operador recursivo proposto por Morin (2007), ou seja, o conhecimento do Estado transforma e constitui o conhecimento do CMS, que necessita do conhecimento do Estado para existir como organização. Este operador instiga a produção de saberes em saúde como um processo que valoriza o olhar dialógico sobre os fenômenos, globaliza os saberes e potencializa a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo. Mas o que parece nas narrativas é que os mecanismos de gestão participativa disponíveis no Brasil são muito frágeis e isto reflete na forma utópica com que é vista a participação social dos representantes dos usuários no Conselho. Tal assertiva encontra eco na seguinte fala:

“eu acho interessante trazer as reclamações que vem prá mim, porque tem que ser assim, como é que eles vão resolver os problemas se a gente guarda, esconde, não pode ser assim (...) eu venho e converso, trago este tipo de reclamação e eles vão analisar, para poder resolver o problema (...) eles são muito atentos com o pessoal que precisa da saúde” (Bete).

A partir disto, pode-se compreender que a participação é exercida prioritariamente pelo poder estatal, tomando a sociedade um engajamento passivo, ou seja, deixando que as decisões sejam centralizadas no Estado em detrimento do seu poder participativo. O funcionamento de um órgão deliberativo como o CMS dependerá dos movimentos produzidos

no contexto daquela comunidade e do envolvimento que os representantes desejam produzir em relação aos projetos sociais. Se a organização do sistema visa a valorizar ações de coresponsabilização entre os diferentes integrantes da rede, haverá o despertar da consciência aos seus direitos e à efetiva participação deles no processo decisório, caso contrário, os representantes da sociedade civil ficarão à margem de decisões tomadas por especialistas ou pelo representante do poder Executivo, inviabilizando, assim, o agir democrático (Camargo-Borges e Mishima, 2009).

Mas, ao mesmo tempo, parece que o movimento participativo não se dá apenas através da verbalização de demandas ou de reclamações sobre o serviço. Se assim fosse, o ato de não fazer uso da palavra nas reuniões não significa que a estratégia de participação não esteja sendo efetivada e o exercício do controle social não esteja se consolidando. Isto se confirma a partir do seguinte fragmento de narrativa de uma representante dos usuários no Conselho, que não fez parte das entrevistas individuais, mas que estava presente no momento da roda de conversa:

“tem pessoas mais quietas, com medo de dar respostas, de perguntar, mas elas estão atentas, eu acho que sim (...) mesmo quietinhas elas estão atentas ao que está acontecendo, eu tenho percebido isto” (Olga).

Esta consideração nos faz pensar sobre o que guardam os silêncios das pessoas. Parece que, mais do que manifestar a noção de resistência em relação ao Sistema, indica que pode ser uma forma de questionamento crítico. Neste sentido, a associação, a participação social e o uso da palavra para questionar e levantar demandas não são suficientes para explicar a participação política no processo decisório dos conselhos. É necessária uma combinação de sofisticação e de complexidade de conhecimentos e práticas, orientadas pelo compromisso ético e político, para que se conduza ao exercício participativo. Para tal, a ampliação do acesso à informação, assim como a habilidade do sujeito de realizar reflexões sobre as informações adquiridas, associada à rotatividade dos representantes do Conselho a cada nova gestão, parecem ser estratégias que fortalecem o compromisso social e as ações participativas locais e globais (Onocko Campos e Campos, 2006).

Quanto à pouca rotatividade dos conselheiros, este fator pode estar atribuído à insuficiência do exercício democrático, ou seja, na medida em que os representantes se repetem a cada nova gestão, há pouco comprometimento com a dimensão política do Sistema, voltando-se mais para os seus aspectos burocráticos (Cohn, 2003). No entanto, parece que isto se deva também ao fato de que diversas entidades não desenvolvem disputas pelo cargo de

conselheiro, o que contribui para que a representação seja forçada, induzindo ao distanciamento entre os representantes e as entidades as quais representam. Esta questão foi comentada pelo presidente do Conselho, no momento da roda de conversa:

“(...) teria que estar mais preparado para tentar induzir o governo a alguma coisa (...) mas há anos que tem os mesmos participantes e acho que mesmo vocês não têm condições eficientes de participar” (Saulo).

De forma semelhante é descrita a afirmação da representante de empresa pública no Conselho, no momento da entrevista:

“(...) a gente não tem expectativa de que tenham mudanças, o presidente, o secretário, geralmente são os mesmos, eles só se trocam a cada dois anos (...) este ano acredito que não seja muito diferente, é aquela figura carimbada, porque na verdade falta opção, tem que ser pessoas que tem um pouco mais de disponibilidade (...) na verdade falta opção de profissional para colocar uma pessoa diferente, por isso vão sempre os mesmos”.

Entretanto, os Conselhos são espaços em que se encontram atores que antes estavam excluídos do processo de tomada de decisão. Ao se tornar um ambiente de pouca mudança entre os representantes, parece que o espaço de negociação e discussão entre os grupos de interesse são fragilizados. Ressalve-se, entretanto, que mesmo se burocratizando continuam sendo espaços que compartilham da proposta de democracia participativa e que procuram ativar a participação através de experiências inovadoras (Stralen; Lima; Sobrinho; Saraiva; Stralen e Belisário, 2006).

Portanto, se a qualidade da participação social é ampliar a política de transformação das práticas dominantes pela efetivação da cidadania e inserção de novos atores sociais, faz-se urgente o incentivo de ações questionadoras que possam contribuir com os debates em torno da existência da pluralidade humana no interior do Conselho. Conforme estes intentos, serão viabilizados compromissos entre agentes com interesses contraditórios, não apenas reduzidos à esfera da convivência formal, mas privilegiando formas coletivas de exercício do poder político baseados na argumentação entre iguais. Assim, os protagonistas em saúde também serão os cidadãos e não apenas os especialistas (Bahia, 2010). Assumindo esta perspectiva, Morin (2007) nos conduz a refletir que a relação entre saberes e sua recombinação motivam a sociedade a adquirir uma cultura de complexidade, ou seja, permitem a abertura à construção de sentidos antagônicos, que podem vir a integrar conhecimentos. Na medida em que os sujeitos sociais assumem este compromisso com o próprio desenvolvimento e globalizam seus saberes, eles estão promovendo uma mestiçagem de saberes transdisciplinares.

“O conceito de saúde abrange vários itens dentro da vida da pessoa, acho que é um conjunto”

O segundo tema de sentido refere-se, mais especificamente, aos significados que são atribuídos pelos conselheiros ao termo “saúde”. Este tema mostra-se de fundamental importância devido à modificação que a política de saúde do Brasil sofreu com a Constituição de 1988 e o processo de implementação do SUS. Sucintamente, com a nova legitimação, o SUS passou a operar com o conceito de cidadania e de sujeitos de direitos, a partir de um dever do Estado. Mas isto não implica apenas na nova política de saúde como também nas formas com que os cidadãos passam a viver, relacionar-se consigo e com os outros. A saúde passa a ser percebida, então, como uma realidade que organiza determinados processos existenciais, assim como é capaz de produzir verdades quanto aos seus sentidos (Medeiros, Bernardes e Guareschi, 2005; Ferla, 2004).

Pensando nos processos de saúde produzidos no município onde foi realizada a coleta dos dados, uma pequena cidade no interior do Rio Grande do Sul pertencente à Quarta Colônia de Imigração Italiana, na qual a maioria dos habitantes dedica-se à agricultura, base da economia da região, pode-se observar que este é um fator que caracteriza a demanda do serviço público de saúde daquele município. Conhecer as peculiaridades da comunidade e os hábitos de saúde que a cerca possibilitam conceber estratégias de atenção à saúde que contemplem os seus modos de vida. Uma vez que a sociedade produz um emaranhado de relações que deixa em evidência a complexidade dos sujeitos que nela habitam, é ao mesmo tempo produtora e produto destas relações, tomando este jogo como um circuito recursivo. Em função disso, tratar de saúde é evidenciar um conceito complexo que denota movimento e o produz (Morin, 2002). E na medida em que não existe uma unidade no seu conceito, pode-se considerar que ele vai assumindo formas de acordo com os campos que o atravessam.

Passando, deste modo, a saúde a ser um conceito para análise, ela pode ser compreendida como o somatório de condições físicas, psicológicas e sociais que constituem o sujeito em um ser biopsicossocial. Esta crença fica clara no fragmento de narrativa que segue:

“(...) saúde na verdade seria a questão de estar bem, fisicamente, psicologicamente e socialmente (...) saúde seria estar bem nos três” (Diana).

Esta noção deixa evidente a fragmentação com que o conceito de saúde é tratado quando é limitado apenas a aspectos biológicos, psicológicos e sociais, em detrimento de uma visão integral do sujeito, que assinala todo o dinamismo que envolve a vida e a saúde dos

mesmos. O modelo biopsicossocial tem sido apenas uma postura paliativa em relação ao exemplo de saúde que está relacionado à ausência de doença, uma vez que impera uma visão positivista de ciência, que resulta na progressiva medicalização da vida cotidiana (Traverso-Yépez, 2001). Diante desta situação, emerge a necessidade de abordar o conceito de saúde na sua complexidade, ou seja, significá-lo como uma questão integral, não mais pensando sobre o indivíduo, considerando, além disso, a relação e as ações que ele estabelece consigo e com os outros. Ao assumir este conceito plural, aponta para a diversidade de formas que vai tecendo seus sentidos, provocados pelos movimentos sociais produzidos no cotidiano (Paim e Almeida Filho, 1998). E pensar o sujeito como constituído em seu meio, implica a necessidade de uma atenção integral à saúde, que incorpore a questão da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente, do trabalho, da renda, da educação, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais (Lei 8080/90, art. 3º). Ao pensar pelo viés da integralidade, a remissão ao paradigma da complexidade discutido por Morin (2007) é instantânea. Neste sentido, quando estamos diante do sujeito, encontramos com a pluralidade de elementos distintos que o compõem, significados com base no jogo entre elos interativos. Esta relação forma um conjunto complexo, inscrito em uma história aberta ao diálogo com a contradição, mas que mesmo em meio a noções antagônicas, podem significar existências complementares.

Ao compreender a saúde por este prisma coletivo e integral, não mais como a ausência de doença, as diretrizes propostas pelo SUS criam a necessidade de articular os distintos saberes da saúde pública, para que encaminhem os indivíduos em direção a existências saudáveis de vida. Este discurso deve ser reforçado no interior dos espaços participativos em saúde, tendo em vista que ainda há noções de saúde que se referem apenas à cura de doenças e ao cuidado do corpo como organismo biológico controlado por meio de práticas médicas (Medeiros, Bernardes e Guareschi, 2005). A seguinte assertiva vai ao encontro da reflexão anterior, exposta pela representante dos usuários no Conselho:

“Saúde para mim é resolver os problemas de saúde que as pessoas procuram lá no Posto, é assim que eu vejo (...) eu não resolvo saúde, quem vai resolver é o médico” (Bete).

Mas existem sujeitos que compreendem a saúde como um direito humano e social que transcende o acesso aos serviços de saúde e depende de condições sociais capazes de suprir as suas necessidades e permitir o alcance de uma vida digna. Estas condições, que tencionam modos de vida saudáveis, vinculam-se ao acesso à educação, à redução dos níveis de

desigualdades sociais, às questões econômicas favoráveis e, neste sentido, potencializam ações que aumentem a probabilidade de alcance da universalidade de acesso aos serviços de saúde, quando necessários (Domínguez e Marins, 2010). A seguinte fala expressa conformidade com esta discussão:

“O conceito de saúde para mim abrange vários itens dentro da vida da pessoa, acho que é um conjunto (...) que a pessoa tenha lazer dentro do seu dia-a-dia, ela precisa trabalhar, precisa de um momento com os amigos, uma boa alimentação é um conceito de saúde, que isso reflita na vida dela” (Melina).

A mesma participante, no momento da roda de conversa, reflete sobre algumas estratégias que os profissionais poderiam ter em relação aos usuários dos serviços para melhorar-lhes a saúde, ao mesmo tempo em que os incentiva a se responsabilizar por ela. A informante cita as ações preventivas em saúde, quer apenas curativa, quer o trabalho de conscientização dos usuários em relação aos cuidados consigo mesmos.

“Eu vejo que seria mais eficaz um trabalho focado na prevenção, porque curar é paliativo (...) o custo para manter a saúde seria menor, poderiam ser pago profissionais que fizessem este trabalho de conscientização e o trabalho de prevenção, não precisaria gastar com medicamento”.

Neste fragmento de narrativa sobressai-se que o cotidiano dos serviços de saúde deve estimular ações que afirmem a produção da vida, mais do que a fortificação da doença. “Uma clínica capaz de produzir outros padrões de saúde para as pessoas, já que compartilhamos da convicção de que saúde não é exatamente o oposto e a sedação da doença” (Ferla, 2004, pp. 88). Neste paradigma, a partir do desejo do coletivo, devem ser pensadas outras possibilidades de exercitar os serviços, não exatamente aquele ordenado pela aplicação de conhecimentos científicos, que fica resignado ao dano biológico, ao revés, incentivar aquele que busca um território ampliado, renovado e também preventivo, incorporados a padrões crescentes de compromisso com a vida (Ferla, 2004).

Esta concepção integradora da saúde possibilita ao sujeito ter relação com o próprio corpo e pensar sobre sua saúde, reforçando ações produtoras de independência e responsabilidade. O risco que se corre, se não oportunizarmos aos pensamentos e às ações serem reciclados, no sentido de atualizar os conceitos sobre a saúde, é cair na adaptação e no conformismo. Na atualidade, somos mais livres para perceber as produções de vida como resultado de pensamentos dialógicos, que inclinam a uma vivência envolvida em sentido, que para se configurar como tal deve (re)afirmar a autonomia dos cidadãos, que fazem suas próprias leis e sabem que todas elas são questionáveis (Morin, 1997). Estas são discussões

que podem ser travadas no interior do órgão participativo do Conselho. Acresça-se, no entanto, para que esta socialização de conhecimentos e saberes aconteça é essencial o fortalecimento do processo democrático e a ampliação dos atores envolvidos com a elaboração das políticas de saúde. Essa concepção fomentará um significativo grau de autonomia para os sujeitos, sejam eles representantes dos usuários, gestores ou profissionais de saúde, co-gestão que governará o sistema e a vida como um todo (Campos, 2006). Ao encontro desta reflexão está a fala da representante do Executivo, no Conselho:

“como é que eu vou dizer que foi o médico que não resolveu o meu problema se eu não me cuido, então não adianta nada. É a questão da co-responsabilidade” (Diana).

Ao mencionar a co-responsabilidade dos sujeitos pela própria saúde, evocamos o operador hologramático proposto por Morin (2002). Este operador não considera um sistema complexo segundo a alternativa do reducionismo e da linearidade, no qual apenas um dispositivo gera o sistema, mas tenciona um tipo de explicação em movimento, circular, em que se vai da parte para o todo, do todo para a parte na compreensão de um fenômeno. É neste jogo recursivo, entre os pontos individuais e o conjunto, que compreenderemos os fenômenos globais. Portanto, o processo social é um círculo produtivo ininterrupto no qual a equipe de saúde é necessária à produção de saúde dos usuários do sistema, da mesma forma que estes sujeitos encontram-se na relação com a equipe, sendo geradores de demandas em saúde e produzindo movimento ao sistema.

A fala anterior acaba sendo reforçada pelo fragmento de narrativa da conselheira Bete, quando ela comenta sobre a importância dos usuários se responsabilizarem pela própria saúde, o que ocorre no momento da roda de conversa:

“eu acho que a gente até pode pedir uma ajuda para sair daquela situação, mas daí tem que seguir (...) todos nós temos responsabilidades e deveres, não só esperar que os profissionais da saúde façam tudo, resolvam tudo”

Portanto, o espaço do Conselho pode ser entendido como um lugar que incentiva atitudes de autonomia entre aqueles que o compõe, visa a disseminar ações de co-responsabilidade entre os sujeitos coletivos, para todos os outros ambientes que atravessam a sociedade. Nesta perspectiva, é urgente que as discussões em torno da saúde sirvam como disparadoras da consciência dos representantes para as diretrizes da política local que os circunda, assim como para as questões cotidianas de suas vidas (Campos, 2006). Estes discursos, ao encontrarem-se com outros, como o de atenção integral e cidadania, formados

por distintos campos de saber e atores sociais que se encontram nas políticas de saúde, serão complementados por outros discursos, antagônicos, que, contudo, mesmo em meio à diversidade, podem sustentar suas particularidades.

“É bom ter conhecimento para poder debater os assuntos lá dentro”

O terceiro tema de sentido alinha-se às funções que os participantes do CMS atribuem ao órgão e também a si, como representantes legais do Conselho. Sabe-se, de antemão, que o CMS é uma instância permanente e deliberativa, que reúne representantes do governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais da saúde e usuários do Sistema, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8080/90, Art. 1º, § 2º). Este alicerce legal promoveu o desenvolvimento de uma estrutura institucional para a participação dos cidadãos que, ao se apropriar destes novos espaços, passam a defender como fundamental um sistema mais democrático e inclusivo. Desta forma, todos os atores sociais da sociedade civil têm igual propensão a participar e a dinâmica destes espaços pode favorecer iniciativas políticas por parte de grupos sociais que tradicionalmente não tinham expressiva representação (Coelho, 2007).

A articulação entre os diferentes representantes, a busca pelo consenso, a pactuação em torno de políticas que representem os interesses de todos os envolvidos, estão na essência da deliberação política, que pode ser definida como a tomada de decisões por meio do debate entre diferentes cidadãos, que, incluso entre ideias contraditórias, poderão conviver, preservando suas particularidades. Parece que estas características são algumas das funções atribuídas ao órgão do CMS, conforme relato do presidente:

“o Conselho, ele é fiscalizador e controlador das demandas da saúde, a nossa função seria resgatar o usuário como cidadão de direitos, dar mais direito ao cidadão, potencializar o fortalecimento democrático, a participação da sociedade na gestão da saúde” (Saulo).

Ao encontro desta fala está uma característica fundamental dos sistemas complexos, conforme apontado por Morin (1997). Ele se refere à variedade de elementos que constitui estes sistemas e a permanente interação entre eles, isto é, na medida em que os sistemas são abertos em seu meio ambiente, possibilitam o atravessamento de fluxos de materiais e de informações que interagirão com o ecossistema em que se encontram. A presença da

comunicação é uma constante nestes sistemas e pronuncia-se a partir de avanços e retrocessos que são possibilitados pelas trocas e pelas interações. No momento da roda de conversa, esta necessidade de conversação entre os representantes do Conselho fica evidente, não apenas nas suas iniciativas para tal, mas quando assumem que ela deve ser uma ação essencial para que o Sistema seja tomado como espaço de participação.

Ao encontro disto está a afirmação de Melina sobre a função do Conselho, quando destaca que o órgão deve servir como potencializador de diálogos entre as diferentes instâncias que o compõem:

“o Conselho é um órgão gestor que opina e a opinião é muito importante (...) mas aqui na cidade ele tem mais o papel de aprovar projetos, aprovar prestação de contas e ouvir, não é muito de opinar, de uma forma que vá mudar os conceitos (...) o conselheiro não deveria deixar ser manipulado, mas ele é manipulado para se calar diante de alguns problemas”.

Neste sentido, parece que uma das atribuições dos conselheiros é a responsabilidade pela gestão do Conselho. Legalmente, os representantes da sociedade civil detêm este poder, mas há pouco ou nenhum empoderamento deles em relação a isto. Vale lembrar que a desconcentração do processo decisório das mãos do Executivo é um dos principais desafios institucionais, defendidos pela Lei, mas parece que a concretização dos interesses dos representantes, que passa a tomar decisões sem ser influenciado por nenhuma instituição, é qualidade difícil de ser alcançada. Isto também pode ser observado no seguinte fragmento de narrativa, exposto por um representante dos usuários, no momento da roda de conversa:

“é importante ouvir o que eles trazem para nós, para o Conselho, para nós aprovar ou não (...) é importante trazer reclamações lá da minha área, trazer problemas, mas também a gente aprova, aplaude certos projetos deles que foram bons (...) eu acho que eles sempre procuram corrigir, eles são muito atentos com o pessoal que precisa da saúde” (Gérson).

A fala tenciona a noção de participação e propõe a relação dialógica entre este conceito e as práticas narradas, ou seja, indica o movimento que é produzido pelo poder executivo ao assumir a responsabilidade pela elaboração, formulação e condução da política de saúde (Guizardi e Pinheiro, 2006), ao mesmo tempo em que torna possível aos representantes dos usuários apropriarem-se deste mesmo espaço decisório, sem deixar escapar suas características próprias no interior do processo participativo. Este tencionamento faz pensar que a perspectiva da participação social no SUS ainda precisa ser discutida e implementada no interior do Sistema, de forma que não seja apenas vista como uma estratégia que aponta os antagonismos sociais, mas que, mais do que discutir noções contraditórias,

sirva como ambiente de convivência entre os opostos. A importância de pensar diferente do que está consagrado fica patente na fala da representante do executivo no Conselho:

“a gente vai lá, nós executivos, e mostramos aquilo e explicamos (...) muitas vezes alguns podem até ‘passar a perna’ e eles aceitam, sem mesmo ir atrás para ver se realmente é isso que estou fazendo (...) eu acho que falta eles serem mais atuantes (...) e chega uma reunião do conselho, se não é o executivo que tem alguma coisa para colocar, não tem nada” (Diana).

Para que uma instituição possa ser qualificada como democratizante, ela deve incluir, em seu processo decisório, não apenas ao nível legitimado, representantes de todos os que tenham interesses nas ações políticas que são debatidas. E estes representantes, por sua vez, precisam compreender-se como livres e de igual capacidade para tomar decisões políticas, apresentar e defender propostas fundamentadas em razões que todos os envolvidos poderiam considerar como possíveis de serem aceitas. Desta forma, o debate não se resumiria a posturas de aceite, baseadas em certezas apriorísticas, mas ao aprimoramento de convergências que aprofundam a democratização (Moreira e Escorel, 2010).

Sob este viés, vale refletir a respeito da democracia, conceito abordado por Morin (1997). O autor problematiza que a mesma pode ser entendida como um sistema que encoraja o conflito de ideias, não sendo condicionada a uma forma de afrontamento violento, mas de argumentação. Sua expressão pode configurar qualquer perspectiva que vá ao encontro de uma sociedade digna, mas para que tal movimento ocorra é necessário que os cidadãos mantenham uma relação íntima entre os princípios teóricos e práticos da democracia. No entanto, o que se observa é que há pouca ou quase nenhuma correspondência entre os discursos e as ações relativas à mesma e fica evidente que para que ela possa apresentar validade é fundamental que seja demonstrada coerência entre as narrativas e os comportamentos.

É esta consciência sobre uma das funções dos representantes do Conselho que parecem estar em falta, principalmente no que se refere à distribuição de poder, conforme comentário da vice-presidente do Conselho:

“os usuários, eu acho que eles não tem bem formado o que é ser membro do Conselho (...) eles acham que não tem voz muito ativa, não participam muito, eles não tem a idéia de que eles têm um grande potencial e um termo de decisão, porque eles têm como decidir, eles têm o poder como conselheiros” (Clara).

Diante desta ponderação, é possível postular que é a configuração institucional do Conselho, com seu conjunto de regras, procedimentos e distribuição de representações, que molda as possibilidades de ação e determina oportunidades de participação ou de veto

(Stralen et al., 2006). Assim sendo, há obstáculos à participação, interpostos pelos próprios gestores, como a falta de transparência na apresentação de relatórios e o uso de linguagem técnica. Outra característica da fala anterior ressalta a noção fragmentada que a participante possui em relação à noção de usuário. Conforme descreve, parece que usuário é aquele que está no Conselho assumindo a representação desta instância, excluindo os representantes de outros órgãos desta mesma ocupação social, inclusive, tomando os profissionais da saúde apenas com o perfil de trabalhadores da saúde. Estes são fatores, que associados à falta de conhecimento dos conselheiros sobre a ocupação de seus espaços, tornam ainda mais utópica a efetiva participação deles nas ações de saúde. Isto fica evidente na fala da Melina, na ocasião da roda de conversa:

“as prestações de contas são muito subjetivas, a gente não tem noção (...) não há um esclarecimento maior, as pessoas escutam aquele monte de números e aí chega ao final e aprova o trimestre, por unanimidade, nem sabem o que estão aprovando (...) elas acabam não falando porque não tem muito conhecimento, elas pensam que antes de falar bobagem preferem ficar quietas”.

Porém, ao mesmo tempo, parece que o espaço do Conselho pode ser utilizado como disparador de informações e ambiente de preparo dos conselheiros sobre os princípios e as diretrizes do Sistema. A importância desta estratégia deve-se ao fato de que, ao informar os conselheiros sobre as funções do órgão que representam, se possibilita que eles possam exercê-las não apenas legalmente, mas efetivamente. Neste sentido, a ampliação do acesso ao conhecimento tenciona também os coeficientes de autonomia dos representantes, suas habilidades de realizar reflexão sobre as informações adquiridas e promove o estímulo à curiosidade, ao interesse e ao empoderamento (Rocha, 2010). Esta discussão alinha-se à seguinte afirmação, verbalizada pela representante dos usuários no Conselho:

“gosto muito de estar no Conselho para aprender (...) a gente só tem a crescer com o conhecimento, eu acredito muito em idéias, idéias boas, eu gosto de ouvir, ir pegando (...) eu acredito no crescimento, tu vai construindo, eu acredito” (Bete).

Quando se comenta promover autonomia dos representantes, fazendo com que se apropriem de uma das suas funções como conselheiros, isto é, a de co-responsáveis pela gestão da saúde, isso pode significar o cometimento de ousadias, ou seja, a de pensar diferente do que está tradicionalmente reiterado (Goulart, 2010). Valorizam-se, sob este viés, a criação de espaços de democracia ampliada, processos produtores de sujeitos cidadãos e de grupos resistentes às adversidades do meio (Campos, 1998). Nesta perspectiva, o paradigma da complexidade valoriza uma ciência autônoma e dependente a um só tempo, pois parte do

conhecimento de que precisamos de um saber que saiba distinguir, mas não dissociar, que possa promover a comunicação do que é distinto, sem excluir as características antagônicas que existem nestas relações. Ao respeitar o caráter multidimensional da sociedade, o pensamento complexo tenciona que sejam enfrentadas as questões simplificadoras do sistema, pela valorização do desenvolvimento de uma organização complexa do pensamento e da ação (Morin, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos depararmos com os sentidos de saúde produzidos pelos conselheiros municipais de saúde de um pequeno município no interior do Estado, alguns apontamentos em relação às complexidades que envolvem esta produção são fundamentais. Quando passamos a entender a saúde como um conceito ampliado, que combina conhecimentos associados à integralidade, a participação da população no sistema de saúde, o exercício da democracia e da tomada dos sujeitos como cidadãos, coloca-se um desafio aos profissionais, usuários e gestores da saúde. Este desafio, por um lado, evidencia a crise que os setores da sociedade que participam do sistema de saúde enfrentam, referente em especial à deficiência na interpretação da capacidade de participação da população nos espaços institucionais da saúde. Por outro lado, os desafios apontam a necessidade de problematizar os princípios e as diretrizes teóricas e práticas do Sistema, a fim de engendrar novos planos à estética da atenção e gestão em saúde. Estes princípios argumentam que as ações em saúde devem obedecer aos conceitos de universalidade do acesso aos bens e serviços, ao atendimento equânime e integral da população, assim como valorizam práticas de participação e controle social no interior do Sistema. Esta última, por sua vez, é uma forma de distribuição de poder que não ocorre sem lutas e conflitos mobilizados pela sociedade civil, no sentido de provocar o enfrentamento constante de desafios que favorecem a invenção de práticas sociais mais justas e igualitárias.

Estes movimentos não são iniciativas simples, pois, para tal, é necessário abandonar os territórios de comodidade onde estão cristalizadas nossas práticas e avançar para outros modelos de atuação, mais atualizados com os tempos de hoje. Tal proposição contrapõe, por exemplo, o sentido de saúde como meramente a ausência de doença que, muitas vezes, confirma o olhar fragmentado que o Sistema possui em relação ao sujeito. Contestando o modelo hegemônico, que problematizamos no decorrer deste trabalho, o entendimento da saúde promove aberturas aos diversos atores sociais, reconhecendo-os como portadores de saberes e tomando-os como participantes ativos na intervenção e na história a ser construída nas suas vidas. Neste sentido, quando tomamos os sujeitos como possuidores de quase toda a informação do conjunto que ele representa, pode-se pensar que não apenas ele contém o todo, mas também o todo é possuidor de suas partes. Esta afirmação não permite que pensemos o sistema social na perspectiva reducionista, mas que precisamos abandonar um tipo de explicação linear por uma explicação em movimento, típica dos sistemas complexos. As

relações globais necessitam de redes que agem recursivamente, tornando ininterruptos os processos sociais. São suas interações e suas conversas, possibilitadas pelo espaço dialógico do Conselho Municipal de Saúde, que produzem a valorização do encontro entre as pessoas, determinando que o grupo seja co-responsável pelas mudanças na sua comunidade, as quais são produções inacabadas.

Este pensar dialógico sobre o funcionamento do Sistema promove outras formas de intervenções possíveis. Oferece problematizar ideias consoantes aos princípios e às diretrizes do SUS e engendra oportunidades de perceber o possível relacionamento de noções antagônicas entre os representantes do Conselho. De todas as partes, valoriza-se uma relação mais próxima, em que se utilizem mais do que a simples reprodução de movimentos burocráticos, mas que se priorize uma relação menos passiva, em que as pessoas possam se comprometer ativamente com os projetos para a saúde local e global.

Ao mesmo tempo em que estes sentidos delineiam este trabalho, os conselheiros percebem que seus entendimentos em relação aos papéis sociais que desempenham estão muito aquém das demandas do Sistema de Saúde e do órgão ao qual representam. Seus conhecimentos, embora tenham passado por mudanças desde suas inserções no Conselho, ainda produzem saberes que dificultam a interlocução com outros atores sociais e com o Sistema como um todo. O incentivo a atividades de capacitação e formação sobre os princípios e diretrizes do SUS, assim como sobre as leis que amparam o Conselho e seus representantes, daria outros sentidos às reflexões teóricas e práticas em saúde.

Tal constatação enfatiza a importância de compreender as práticas de participação e controle social no SUS, incluindo as experiências que a Psicologia vem desenvolvendo na Saúde Coletiva, articulando recursiva e dialogicamente teoria e prática. Esta questão revela como o trabalho profissional do psicólogo é complexo, exigindo-lhe não apenas o saber de sua ciência, mas fundamentalmente do contexto no qual ele atua. Ao valorizar estes movimentos dialógicos, é possível horizontalizar as relações em processos que se abrem à escuta dos sujeitos, escuta comprometida com o respeito à diversidade de opiniões e sentidos, colaborando, assim, com o rompimento das certezas instituídas nos espaços de participação social. Sob este viés, fica manifesta a necessidade de abertura a outros sujeitos sociais, aqueles que não participaram efetivamente da pesquisa, mas que com seus silêncios podem dialogar sobre outros sentidos de saúde. É característica desta pesquisa a intervenção e, por isso, ampliar o olhar da pesquisadora para além das narrativas coletadas, transitando por

conversas que não foram efetivadas e por espaços que não foram descobertos passam a ser os próximos movimentos que serão inventados nesta produção.

Desse modo, os sentidos que foram produzidos a partir dos questionamentos suscitados por este trabalho possibilitam a ampliação de novos mundos através de nossas ações, uma vez que houve um reconhecimento de que somos sujeitos delas. As narrativas relatadas pelos representantes do Conselho arranjam redes dialógicas e recursivas entre o conhecer e o intervir. Mesmo que, em alguns fragmentos, os significados estejam relacionados ao desconhecimento sobre seus papéis no interior do órgão e, com isso, torna-se presente a falta de participação e controle sobre as ações em saúde, é possível construir práticas inovadoras que engajem estes sujeitos na produção de novos sentidos de saúde.

REFERÊNCIAS

- Bahia, L. (2010). Participação social na saúde: “muito melhor com ela”. *Saúde em Debate*, 34 (84), 33 – 40.
- Bastos, A. V. B. & Gondim, S. M. G. (2010). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brasil, M. S. (2001). *O SUS e o Controle Social*. Guia de Referência para Conselheiros Municipais. Coordenação de projetos de promoção de saúde. Brasília, DF.
- Brasil, M. S. (2006). *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil, M. S. (2009). *Conselho Nacional de Saúde*. Brasília. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/roda_de_conversa.htm. Acesso em: 05 de novembro de 2010.
- Camargo-Borges, C. (2007). *Responsabilidade Relacional como ferramenta teórico/prática na promoção de novas possibilidades na atenção à saúde: uma análise de processos conversacionais entre trabalhadores e usuários*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Camargo-Borges, C. & Mishima, S. M. (2009). A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, 18 (1), 29 – 41.
- Campos, G. W. de S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (4), 863 – 870.
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (2), 219 – 230.
- Campos, G. W. de S. (2005). *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2006). Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 15 (2), 23 – 33.

- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco.
- Coelho, V. S. P. (2007). A Democratização dos Conselhos de Saúde. *Novos Estudos*, 78.
- Cohn, A. (2003). Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1), 09 – 18.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 10 de agosto de 2010.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 6 (2), 57-63.
- Domínguez, A. G. D. & Marins, J. R. P. (2010). Avanços e desafios do Sistema Único de Saúde em seus 20 anos. *Saúde em Debate*, 34 (84), 108 – 118.
- Ferla, A. A. (2004). Participação da População: do Controle sobre os Recursos a uma Produção Estética da Clínica e da Gestão em Saúde. *Phisis: Revista de Saúde Coletiva*, 14 (1), 85 – 108.
- Goulart, F. (2010). Dilemas de participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, 34 (84), 18 – 32.
- Guizardi, F. L. & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 797 – 805.
- Jovchelovitch S. & Bauer, M. W. (2002). Entrevista Narrativa. In: Bauer, M. W. & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 90 – 111.
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em: 10 de agosto de 2010.
- Machado, M. de F. A. S.; Monteiro, E. M. L. M.; Queiroz, D. T.; Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 335 – 342.
- Maraschin, C. (2004). Pesquisar e Intervir. *Psicologia & Sociedade*, 16 (1), 98 – 107.

- Medeiros, P. F. de; Bernardes, A. G. & Guareschi, N. M. F. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (3), 263 – 269.
- Minayo, M. C. de S. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec – Abrasco.
- Moreira, M. R. & Escorel, A. (2010). Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. *Saúde em Debate*, 34 (84), 47 – 55.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Inst. Piaget.
- Morin, E. (1997). *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2000). *O cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2002). *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2007). *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2009). *Pensar o Sul*. Conferência promovida pelo SESC em 16 de julho de 2009. São Paulo, SP, Brasil.
- Onocko Campos, R. & Campos, G. W. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G. W. S. et al., *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4), 299 – 316.
- Rocha, E. G. (2010). Direito à alimentação, estado democrático de direito e participação popular. *Saúde em Debate*, 34 (84), 67 – 77.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 538-542.
- Silva, I. M. F. (1998). *Conselhos de saúde: construindo uma nova linguagem*. Cuiabá: EduFMT.
- Silva, J. P. V.; Pinheiro, R. & Machado, F. R. S. (2003). Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde em Debate*, 27 (65), 234 – 242.
- Silva, D. G. V. & Trentini, M. (2002). Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 10, 423 – 432.

- Spink, M. J. P. (2004). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Stralen, C. J. Van; Lima, A. M. D. de; Sobrinho, D. da F.; Saraiva, L. do E. S.; Stralen, T. B. de S. Van & Belisário, S. A. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 621 – 632.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A Interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 6 (2), 49 – 56.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Víctora, C. G; Knauth, D. & Hassen, M. N. (2001). *Pesquisa qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Weller, W. (2005). A contribuição de Karl Mannheim para a pesquisa qualitativa: aspectos teóricos e metodológicos, *Sociologias*, 7 (13), 260 – 300.

Anexo 01 – Fragmentos do Diário de Campo

Dia 03 de julho de 2009, sexta-feira.

“Como é difícil lidar com todos os atravessamentos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Há atravessamentos políticos partidários, administrativos, funcionais, em nível de usuário, pessoais (...) e não são poucos. Ultimamente, todas as semanas está acontecendo alguma coisa, coisas que antes não aconteciam – ou aconteciam e são os meus olhos que não estão mais tão ingênuos agora. Certamente, não sou mais a mesma que começou a trabalhar, aqui, em fevereiro deste ano. Não sou mais aquela que, por alguns momentos, pensou que o trabalho beirava à perfeição. Atualmente, me sinto atravessada por tudo o que acontece nesta instituição e já não posso mais falar em neutralidade, mas também, se sofro estes atravessamentos, posso me envolver em produzir uma instituição diferente desta (não é por acaso que estudo Morin). (...) fico me perguntando por quais conceitos que o meu trabalho está pautado: autonomia, reprodução, flexibilidade, competência, resolutividade, participação (...) mas acho que, em meio a complexidade (pensando em Morin), não existe apenas uma resposta, uma única resposta verdadeira ou falsa. O que há é um princípio dialógico atravessando tudo o que existe aqui. Ou seja, são duas lógicas diferentes que podem conviver, sem abrir mão de suas especificidades. Por exemplo, pensando no meu trabalho, é possível eu ter autonomia, mas também obedecer a algumas regras, normas do serviço, sem que uma anule a outra. Isso é apenas uma reflexão, não é uma verdade, não sei muito sobre isto, só estou pensando (...)”

Dia 13 de julho de 2009, segunda-feira.

“Acabei de chegar de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) daqui – eu fui como ouvinte – aliás, era para ter uma reunião, mas não aconteceu. Não houve número significativo de participantes para que ela acontecesse, isso é chamado de *córum*, não houve *córum*, por isso, a reunião não aconteceu. Quando eu estava indo para lá, com a vice-presidenta do Conselho, que é enfermeira da UBS, minha colega, ela havia comentado que não tinha nenhum assunto em pauta para a reunião de hoje e que, então, o espaço ficaria aberto para que os conselheiros colocassem os seus assuntos em pauta. Mas nada disso ocorreu e retornamos à UBS sem ter cumprido a tarefa da reunião mensal do Conselho. Na volta para a UBS, comento com esta colega sobre a ausência do pessoal e constatamos que pode ser em virtude das atividades da semana do município. Fico triste

por não ter tido a oportunidade de presenciar uma reunião e, assim, coletar mais algumas informações sobre a dinâmica do Conselho de Saúde deste município. Mas, por outro lado, o não acontecimento da reunião abre espaço para outra reflexão que faz pensar sobre a dinâmica do Conselho: Há pouca participação social? Falta comprometimento? Há falta de escuta da presidência na relação com os conselheiros, por isso a falta? Não sei, mas sei que a ausência muito tem a informar”.

Dia 14 de julho de 2010, terça-feira.

“Em conversa com o médico que estava de plantão na noite anterior, há relato sobre o único atendimento da noite: uma mãe que trouxe o filho à UBS porque este chorava (criança com menos de um ano de idade). Não havia qualquer outra queixa, apenas que a criança chorava quando a mãe chegou a casa. Ficamos refletindo sobre esta queixa ser ou não uma demanda para o plantão. O médico acredita que não, considera absurdo procurar atendimento para uma situação sem maior queixa aparente, algo que poderia ser esperado para uma consulta no próximo dia. Eu me inquietei com este acontecimento e fiquei me perguntando: O médico deve prestar atendimento independente de seu julgamento pessoal sobre a demanda? Atender ao que o paciente solicita, para não correr o risco de ser um ‘mau médico’? Se a noção a respeito dos atendimentos em horário de plantão é diferente para médico e usuário, como resolver esse impasse? Ou não resolver! Penso que as noções de saúde para usuários e profissionais são diferentes, mas isso não quer dizer que não possam existir juntas (...) e ainda conviver, sem a necessidade de anular suas qualidades específicas – tudo é dialógico aqui! Difícil é resolver a complexidade destes pensamentos que tenho, mas também acredito que não estou em busca de respostas, estou em busca de perguntas que ampliem o olhar sobre o objeto que estou investigando”.

No mesmo dia (...)

“Eu estava conversando com o presidente do Conselho sobre os conselheiros do município e ele comentou que há muita acomodação por parte deles na participação nas reuniões. Quando ele julga que a participação dos representantes é importante na reunião, para uma tomada de decisão maior, ele telefona para cada um deles e avisa a data e a hora do próximo encontro – isto provoca a presença da grande maioria dos integrantes. Comenta que é sua culpa a presença ou a ausência dos conselheiros nas reuniões, tendo em vista que os deixa mal acostumados avisando sobre os encontros. Eu considero tudo

isso muito complicado (...) então, a minha hipótese pode estar correta quando penso que há falta de comprometimento dos conselheiros com os momentos da reunião”.

Dia 25 de novembro de 2010, quinta-feira.

“Há pouco eu estava participando de uma reunião do Conselho Estadual de Saúde, como ouvinte, a convite da Secretária de Saúde do município, que não pôde participar e sugeriu que eu participasse. Na ocasião, comentou que esta era uma reunião em que todos os conselheiros estavam convidados a participar, mas que ela achava que ninguém ia. Alguns por terem assumido outros compromissos, outros por não quererem tirar dinheiro do próprio bolso, tendo em vista que a reunião era em outra cidade e ir até lá envolvia despesas com transporte e alimentação. Bem, como eu pretendo me inserir no órgão do Conselho, assim que esta pesquisa for finalizada, digo me inserir legalmente, como representante do segmento trabalhadora de saúde, fui até a reunião para ver quais assuntos seriam tratados e me inteirar um pouco mais em relação aos acontecimentos em saúde na região, já que esta é uma reunião que engloba toda a região centro da saúde, perfazendo um total de 31 municípios. Não vou me deter, aqui, aos assuntos que lá foram tratados porque não é este o objetivo que tenho ao rascunhar este diário. O que preciso trazer, aqui, é que, hoje, eu tive o sentimento de que os meus objetivos como pesquisadora foram alcançados. Refiro-me não apenas aos objetivos da pesquisa, embora estes também estejam evidentes para mim, mas ao compromisso de intervenção a que esta pesquisa se propôs. Justifico: pesquisar o assunto da participação e controle social no SUS abriu a possibilidade de me inserir ou ser convidada para tal nos espaços de discussão das questões que permeiam a saúde (reuniões do CMS, plenárias estaduais...), produzindo, assim, uma intervenção na própria pesquisadora. Mas mais do que isso, foi possível perceber a intervenção que a pesquisa causou nos conselheiros municipais de saúde. Talvez esta produção não entreviu em todos, mas se causou uma inquietação em apenas um, para mim, já está sustentado o caráter de intervenção a que se propôs esta pesquisa. O que aconteceu é que uma pessoa, representante da comunidade no Conselho, não por acaso uma das minhas entrevistadas, deslocou-se do interior do município para participar desta reunião! Pela primeira vez na vida, ela estava participando de algo fora do Conselho Municipal, isso que sua trajetória lá já existe há duas gestões. Foi incrível perceber o interesse dela pelos assuntos da saúde na região; pelos conceitos que ela não conhecia e que permeiam as ações em saúde; os investimentos que estão sendo feitos na

região e que só se houve falar a partir da mídia (geralmente com atravessamentos dos mais variados). A sensação que eu tinha, ao lado daquela mulher que ali estava, era de empoderamento. Passava-me a impressão de que ela estava se sentindo poderosa por poder entender de alguns assuntos que antes não tinha compreensão e eu mal podia conter a felicidade de perceber, efetivamente, a tão desejada intervenção que este trabalho tencionava. Fiquei pensando no Morin e no apoio teórico que deu à construção deste método de pesquisa: pensar o sistema como um emaranhado de relações, de atravessamentos, de incertezas, pensar na perspectiva da complexidade é isso que estou vivendo, hoje, e o que vivi, ontem, esta miscigenação de pensamentos antagônicos que formam o todo social. E mais, já que não tomo as produções como verdadeiras, absolutas e, então, acabadas, todo o caminho a que esta pesquisa se propôs está sendo construído, é inacabado, portanto, há muitos movimentos a serem produzidos no município por mim (...) e por todos os protagonistas sociais que lá estão”!

Anexo 02 – Aprovação do Comitê de Ética para a realização da pesquisa



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-128/10

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2010.


Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04895 intitulado **“Controle social através de dispositivos de saúde em um município no Interior do Rio Grande do Sul”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Helena Beatriz Scarparo
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Anexo 03 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de pós-graduação na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da professora Helena Beatriz Kochenborger Scarparo, cujo objetivo é promover discussões sobre os sentidos de saúde produzidos pelos diferentes integrantes da rede, em um município no interior do Rio Grande do Sul.

Sua participação envolve uma entrevista, que será gravada, se assim você permitir, e que tem a duração aproximada de uma hora. Estas entrevistas serão analisadas e seus resultados preliminares serão discutidos nas rodas de conversa realizadas com os integrantes do Conselho Municipal de Saúde do município.

A participação, nesse estudo, é isenta de despesas, bem como não haverá ganhos diretos advindos da pesquisa, mas você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Sua participação é voluntária e, portanto, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, terá absoluta liberdade para fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo, sendo omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). Você terá acesso aos resultados da pesquisa através da Dissertação de Mestrado e ao entrar em contato comigo para esclarecimentos e tirar dúvidas.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone (55) 96131937 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51) 3320-3345.

Atenciosamente

Nome e assinatura da estudante
Matrícula: 09190895-4

Nome a assinatura da Profª. Orientadora
Matrícula: 032464

Local e Data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data