

Novos tempos para os velhos? Protagonistas na construção de Políticas de Saúde!

New times for the elderly? Protagonists in the construction of health policy!

Nuevos tiempos para los viejos? ¡Protagonistas en la construcción de Políticas de Salud!

Maria da Penha Almeida Fehlberg

RESUMO: O artigo tem por objetivo a compreensão do protagonismo dos idosos na construção das Políticas Municipais de Saúde. Os dados foram coletados através de vinte e seis relatos pessoais dos Conselheiros Idosos Representantes do segmento Usuários, ao longo de três gestões do Conselho Municipal. Os dados revelam a luta cotidiana dos idosos e seu protagonismo pela participação na batalha pela melhoria da qualidade no atendimento à saúde da população nos estabelecimentos de saúde de Vila Velha, ES, Brasil, buscando garantir a Saúde Pública.

Palavras-chave: Velhice; Saúde; Protagonismo.

ABSTRACT: *The goal of this article is the understanding of the elderly protagonism in the construction of the Public Health Policies. The data were collected through twenty-six personal reports of elderly counselors who represents the users segment throughout three administrations of the city council. The data reveal the daily struggle of the elderly and their protagonism by the participation in the battle for the improvement of the quality in health care in the health establishment of Vila Velha, ES, Brazil, seeking to guarantee public health.*

Keywords: *Old Age; Health; Protagonism.*

RESUMEN: *El artículo tiene por objetivo la comprensión del protagonismo de los ancianos en la construcción de las Políticas Municipales de Salud. Los datos fueron recolectados a través de veintiséis relatos personales de los Consejeros Ancianos Representantes del segmento Usuarios a lo largo de tres gestiones del Consejo Municipal. Los datos revelan la lucha cotidiana de los ancianos y su protagonismo por la participación en la batalla por la mejora de la calidad en la atención a la salud de la población en los establecimientos de salud de Vila Velha, ES, Brasil, buscando garantizar la Salud Pública.*

Palabras clave: *Vejez; Salud; Protagonismo.*

Introdução

A sociedade brasileira, após a Constituição de 1988, ganhou novos dispositivos para a tomada de decisões, incorporando, assim, novos atores coletivos para a formulação de políticas públicas. Nessa incorporação, os movimentos sociais garantiram a luta, a mobilização da sociedade por ampliação de seus direitos - de modo a ter garantia de uma vida com mais saúde, educação, saneamento, moradia, pilares centrais das políticas públicas por bens de consumo social, formando, no dizer de Sennet (1999), uma via da recriação, de tecer laços sociais com base em modalidades de vida compartilhada e vivenciada através da ação coletiva, em que a ideia de cidadania estivesse imbricada para ampliação da justiça, dos direitos sociais.

Dentre os novos dispositivos para a garantia da ampliação dos direitos sociais, estão os Conselhos Gestores em nível Federal, Estadual e Municipal, como locus de decisão e fiscalização das políticas. Este cenário, que coloca o fenômeno participativo no centro da vida política e administrativa, levou-nos a interpelar criticamente em que medida há influência das ações dos conselheiros idosos representantes da sociedade civil (segmento usuários) na gestão pública e quais os resultados; afinal, estes são obtidos com tal participação.

Portanto, neste estudo, entendemos que cabe aqui uma reflexão acerca do papel dos conselheiros idosos nos Conselhos Municipais de Saúde - espaços responsáveis pela definição e fiscalização da Política de Saúde Municipal -, mas também não perdendo de vista a esperança depositada nos conselhos como uma forma renovada do exercício do poder político, de construir o novo, de exercerem o papel de controle social.

Sendo os Conselhos Municipais, espaços de participação de setores organizados da sociedade, órgãos normativos, colegiados que atuam em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, são compostos por representantes dos prestadores de serviços, de profissionais e dos usuários, sendo espaços deliberativos integrantes da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, concordamos com Cohn (1997), quanto ao entendimento do papel do conselho como importante ao proporcionar aprofundamento da democracia via participação de diversos segmentos nas decisões de ordem pública, bem como exercício do controle social sobre a implementação das ações e aplicação dos recursos alocados, o que o torna uma arena de confrontos, de correlação de forças, que podem levar a dificuldades na articulação, mobilização e construção de uma de saúde cidadã.

Percebemos como importante também incorporar o entendimento de Santos Júnior (2003) sobre os conselhos, entendendo-os como lócus das dinâmicas locais de exercício dos direitos sociais através de processos decisórios, em que os cidadãos debatem, tomam decisões e estão fundados nos princípios da representatividade das instituições do Poder Executivo, no compromisso do governo com esses canais de interação com a sociedade, na representação da mesma, na composição dos conselhos e na representatividade e na autonomia das organizações sociais em relação ao governo.

A abordagem deste estudo não pode ignorar a importância do diálogo entre a sociedade civil aqui representada pelos idosos e o poder público, nem o papel dos conselheiros e o desempenho de suas atribuições dentro dos Colegiados, tendo em vista serem fatores fundamentais para a definição das políticas construídas via democracia participativa, entendendo que, ao Pleno, cabe a participação ativa no ciclo da Política de Saúde Municipal, da elaboração da agenda, implantação, avaliação e fiscalização dos recursos alocados, sendo que suas decisões ocorrem via negociação e mediação participativa dos membros colegiados.

Estas responsabilidades levam a uma necessidade de capacitação para assumir uma postura proativa, em que possam ser os sujeitos do processo de construção de um caminho que consiga inclusive articular-se com o governo, sociedade civil e a Câmara de Vereadores, para a uma política de saúde cidadã.

Tatagiba (2002) afirma ser possível vencer a fragilidade dos Conselhos com o protagonismo e se obter, assim, uma gestão pública com práticas inovadoras, capazes de

construir cotidianamente uma gestão pública com novos parâmetros, com influência na formulação de leis e na abertura da participação a todos, para maior interlocução e troca de experiências.

Tudo isso é deveras desafiador para os idosos, que buscam o colegiado como canal de participação na esperança de contribuir para a construção de uma Política de Saúde Cidadã, numa busca também por reconhecimento social que este papel possa lhe trazer.

A escolha do Município de Vila Velha, ES, Brasil, para a realização desta pesquisa é decorrente do fato da construção, neste município, do setor saúde, que historicamente contou com expressivo envolvimento de movimentos sociais organizados e Igrejas, colocando em prática a legislação sobre a participação da sociedade no processo de formulação de política de saúde, demonstrando que a democracia se efetiva pela participação popular nas questões sociais, embora, ao longo dos anos, toda essa efervescência foi perdendo fôlego, em alguns casos por cooptação.

Outro fator que instiga esta pesquisa é a questão de Vila Velha - mesmo sendo o município mais populoso do estado do Espírito Santo, o mais antigo, fazer parte da região Metropolitana e estar muito próximo à capital, Vitória - possui uma grande defasagem em termos de estrutura de atenção à saúde da população, se comparado com a capital, tão vizinha, do estado. Ademais, o Conselho Municipal de Saúde de Vila Velha tem sido pouco estudado, o que torna esta pesquisa inédita, e isso é um estímulo e, ao mesmo tempo, um desafio a que nos propomos enfrentar enquanto pesquisadores, no sentido de compreensão da realidade do Conselho de Saúde, tarefa que considero inovadora, principalmente nesta abordagem do protagonismo da pessoa idosa.

Cabe, então, nesta pesquisa, verificar como ocorre essa participação dos Conselheiros idosos na organização da Política Pública de Saúde no Município de Vila Velha, no período de 2010 a 2016, com o intuito de obter resposta para a efetividade do seu protagonismo.

O material de aporte teórico desta pesquisa teve o auxílio das lentes de Michel Serres (2008), que guiaram a ampliação de nosso olhar na abordagem conceitual que foca as ramificações no Conselho Municipal de Saúde de Vila Velha que, sustentadas pelas raízes cheias de otimismo e de esperança, levam à reflexão sobre as ações e decisões cotidianas, não só das aparências, mas que, de fato, influenciam na tomada de decisões dos conselheiros idosos representantes dos usuários. Isso tudo, por ocorrer de forma conjunta, leva ao debate, que nem sempre ocorre de maneira pacífica, podendo inclusive paralisar ou impulsionar o colegiado para novas possibilidades, visto sua capacidade de imaginar, inventar, projetar novas narrativas que

podem atravessar a flecha do tempo, trazendo novidades, desafios, criando-se, assim, a possibilidade do Pleno intervir na construção da Política Municipal de Saúde deste município. Isso foi observado muitas vezes nas reuniões que trouxeram conquistas importantes, mas também, em algumas ocasiões, as deliberações tomavam rumo diferente da pauta, com discussões voltadas a questões pessoais.

A velhice que, no entender dos pesquisados, externado nas palavras dos próprios idosos, que poderia ser um tempo de descanso, passa a ser um tempo de busca de realizações e de construção de um legado que é a política de saúde, que eles entendem como importante para eles e para a comunidade e isso favorece para que continuem sua labuta no Conselho Municipal de Saúde, em prol de uma Política Pública de Saúde.

Traçando o caminho metodológico

A utilização da abordagem qualitativa nesta pesquisa se deve ao fato da possibilidade da narração de uma dada realidade, tendo em conta que, para Minayo (1996a), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, levando ao aprofundamento dos significados, às interpretações das ações e ao diálogo com o sujeito, haja vista que tanto a realidade quanto as relações humanas são qualitativas.

Neste estudo, foi utilizada a análise de outros estudos sobre Conselhos, como os dos municípios de Vitória (Pinto, 2007; Silva, & Brito Junior, 2009; Sipione, 2009) e Rio de Janeiro (Labra, & Figueiredo, 2002), dentre outros, para mobilizar comparações, observação de padrões, evidências, ampliando, mediante a literatura, o número de casos estudados, em que podemos aprender com as experiências dos outros e, assim, explicar melhor um determinado contexto político, econômico e social, com análises mais sistemáticas e explicações alternativas.

O cenário da pesquisa se constituiu do Conselho Municipal de Saúde de Vila Velha, município do estado do Espírito Santo, Brasil, sendo os sujeitos, os conselheiros idosos representantes dos usuários do período de 2010 a 2016. A amostragem foi constituída por 50% de titulares, e destes, 26 idosos foram os sujeitos de pesquisa, que entendemos como suficientes para compreendermos como se desenvolvem suas ações. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizadas fontes primárias orais, as entrevistas.

Na realização das entrevistas individuais, foi utilizado formulário com roteiro semiestruturado, de modo a contemplar as questões de interesse para a pesquisa. Segundo

Minayo (1996b), a entrevista semiestruturada é a que reúne perguntas fechadas ou estruturadas e abertas, que permite ao entrevistado falar sobre o tema mais livremente, dando uma direção para que não se perca o foco da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi realizada uma abordagem via reunião de Conselho, na qual foi apresentada a pesquisadora, a pesquisa, seus objetivos, e convidados os conselheiros a participar da mesma, afirmando seu caráter voluntário, sigiloso, com respeito os aspectos éticos de consentimento e anonimato.

Antes da realização de cada entrevista foi lido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa e esclarecendo a não obrigatoriedade da participação na mesma, como deixando o entrevistado à vontade para se recusar a responder ou desistir da entrevista no momento em que sentisse necessidade.

As entrevistas foram marcadas por meio de contatos individuais e, de acordo com a possibilidade de cada um, foi estabelecido dia, hora e local para sua realização, que aconteceu na sala do Conselho, local de trabalho, residência, Palácio dos Conselhos, ou em outros espaços, de acordo com a escolha dos idosos. A duração média de cada entrevista variou em torno de duas horas, e foram gravadas e fotografadas pela entrevistadora, após o consentimento prévio.

Para complementar a coleta de dados obtidos nas entrevistas, foi utilizada a pesquisa documental, com busca de fontes primárias escritas, como relatórios, atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, regimentos internos, Leis de criação dos Conselhos, arquivos, entre outros, uma vez que, para Ludke e André (1989), esta pesquisa permite, por meio de documentos escritos, identificar informações necessárias ao estudo.

Foram ainda realizados contatos e observações, através de visitas à sede do Conselho, e através da participação da pesquisadora nas reuniões do Pleno, de modo a aumentar a clareza e o foco do estudo, modos de perceber nuances, articulações, interesses e a própria dinâmica do cotidiano dos conselheiros, o que possibilitou melhor interpretação dos dados colhidos nas entrevistas e na pesquisa documental.

A busca visou a conhecer o desenvolvimento das ações dos conselheiros idosos representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Vila Velha, no sentido de compreensão das possibilidades de seu trabalho no aprimoramento da Política de Saúde e como se deu o protagonismo desses idosos.

Percorrendo os caminhos da Política de Saúde: a participação e a cidadania, contribuindo para uma representação protagonista dos conselheiros idosos

Para clarificar o foco deste estudo, trabalhamos algumas definições que ampliam nosso olhar, de modo a observar melhor a representação no interior dos Conselhos de Saúde, tendo em vista que a ideia de participação coletiva, no entendimento de Cohn (1997), considera ser legalmente possível os municípios darem conta dos problemas sociais do seu território, a fim de garantir maior equidade social no acesso a serviços públicos essenciais. Isso colabora para a redução da desigualdade entre os grupos sociais e entre as áreas geográficas de sua responsabilidade, em virtude de ter havido reestruturações no aparelho estatal, para torná-lo mais ágil e eficaz. Assim, Estado e instituições têm uma dinâmica acionada de acordo com a correlação de forças existentes na sociedade civil, isto é, as camadas populares exercitam a prática da participação em seu cotidiano. Nesse sentido, os idosos entrevistados evidenciaram sua organização em movimentos sociais que, mesmo de forma precária, têm em suas pautas a reivindicação por melhoria no acesso a saúde pública para a população.

A Saúde, como evidenciada pelos idosos em sua busca pela mesma é a médico-centrada; daí a busca por uma mudança nesta concepção e na política, como o exercício de manutenção do poder; portanto, todas as atividades correlatas a ela pressupõem compromisso dos cidadãos para com sua coletividade e ação sobre as estruturas da desigualdade. Para que essa participação seja possível, a população precisa ser participativa, sendo que, para Demo (2002), isso permite atividades organizadas de grupos, que expressem suas demandas, defendam seus interesses, influam de maneira direta nos poderes públicos, nos quais todos os membros da sociedade têm parte na gestão e controle dos processos produtivos.

Então, devemos concordar com a afirmação de Vasconcelos (2006), de que o modelo de saúde existente deve mudar sua concepção de atenção que privilegia o biológico, a doença, a especialização profissional, com coordenação vertical e uma dimensão médico-centrada, para um modelo com dimensão interdisciplinar, em que tal concepção passe pela teoria social e a entenda como um processo na vida dos sujeitos sociais, embora isso nem sempre seja entendido pelos conselheiros, que buscam sempre pela atenção imediata.

Nessa perspectiva de mudança de rumo, os profissionais, assim como os usuários, deveriam se perceber como sujeitos sociais em permanente construção e não meros executores de ações pensadas por outrem. Com isso, não se repetiria mais a relação de submissão; portanto, no dizer de Vasconcelos (2006), é premente resistir e criar, repensar novas ações, participar do

planejamento, execução e controle das ações para a construção da participação popular, no rumo de uma nova consciência sanitária, com a democratização das políticas públicas. Dessa forma, é possível valorizar a inclusão dos usuários no cenário da Saúde, o que é demonstrado em seus relatos, em que buscam por uma gestão pública mais permeável às suas demandas, quando os diversos atores entram em confronto e/ou constroem alianças e mobilizam seus recursos de poder. Dessa forma, pressionam os tomadores de decisão, afetam o funcionamento do sistema, votam, organizam e ampliam os direitos conquistados.

Para Dombrowski (2007), a representação governamental é garantida por agentes públicos titulares de cargos de direção na administração direta ou indireta, sendo que a Sociedade civil se faz representar por conselheiros escolhidos entre seus pares. Para funcionar, cada Conselho elabora seu regimento interno que, após sua aprovação em plenária, é submetido ao chefe do Poder Executivo, que apresenta sua aprovação com publicação. Ainda assim, enraizado, o Conselho precisa de legitimidade para não se subordinar a interesses particulares e adquirir um *status* e um valor independente próprio, tendo em vista que, quando serve para fins personalistas ou particulares, seu nível de institucionalização é baixo, o que é observado também nos idosos pesquisados, que buscam a todo o tempo o atendimento a fins personalistas, seja quando se apresentam como conselheiros municipais nos espaços de atendimento (Unidades de Saúde ou Pronto Atendimento), buscando atendimento para si ou familiares, exigindo atendimento prioritário, seja quando em não obtendo este atendimento pretendido, ligam para o Secretário de saúde ou SubSecretários cobrando este atendimento.

Nessa linha de raciocínio, Sipione (2009) entende como uma característica importante dos Conselhos de Saúde, a multi-representatividade, mas acha necessário que estes órgãos permanentes e com poder deliberativo, tenham suas decisões respeitadas e acatadas pelo executivo gestor, o que entendemos ser um fator dificultante, tendo em vista nossa cultura política, avessa à participação da população, e que busca na grande maioria das vezes o atendimento a suas demandas pessoais. Aqui, temos uma grande contradição, pois, para garantir mudanças, é preciso a participação popular. Nessa perspectiva, Gerschman (2004) entende que a atuação da sociedade nos Conselhos deveria trazer consigo a possibilidade de contribuir para a definição do plano de gestão das políticas, além de permitir transparência às alocações de recursos e à responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração governamental, ampliando, assim, a politização da questão saúde e o controle social dos usuários.

O presente artigo demonstra que nem sempre essa equação é tranquila e concordamos com esta perspectiva, e nos debruçamos no presente estudo, procurando compreender os

impactos nas ações do colegiado e das características individuais dos conselheiros, pois um aspecto que aparece com relevância na pesquisa é justamente esta busca por participar, debater, cobrar da gestão a atenção à saúde de população.

A questão de necessidade de capacitação dos conselheiros passa, então, a ser considerada como um aporte a fornecer instrumentalização na luta para um bom pacto pela saúde, que atenda as necessidades da população, inclusive auxiliando os conselheiros para a compreensão de seu papel, empoderando-os para que, fortalecidos, possam fazer denúncias, enfrentamentos. Daí, a necessidade da existência de confiança recíproca como um pilar fundamental neste processo. Sobre isso, Tatabiga (2002) afirma que esta forma de funcionamento poderia levar à busca da redução das transgressões do governo e a exercerem o papel de porta-vozes das demandas populares, apesar das dificuldades de propor ações inovadoras e de serem eclipsados pelo protagonismo do Estado na definição das políticas e prioridades sociais. Confirmando esta colocação, vemos a falta de capacitação levando para a contramão do processo, visto que parte do colegiado não consegue visualizar o que precisa ser feito e acaba atrapalhando os que estão bem imbuídos de seu papel.

As desigualdades e o autoritarismo presentes na sociedade são lembrados por Oliveira (2006), por se reproduzirem no interior dos conselhos e se manifestarem como assimetrias de poder e de saber, com reflexos nos processos de articulação, negociação e tomada de decisão no interior do pleno.

O alcance do poder deliberativo do colegiado não pode ser ignorado, porquanto está diretamente ligado a questões culturais que medeiam a relação indivíduo e estruturas políticas. Nas reuniões e fóruns, se observa a “queda de braços” entre gestão e usuários que querem vencer o debate, mesmo indo na contramão do protagonismo.

Para Ferraz (1998), os Conselhos Gestores tornaram-se instrumentos de operacionalização das Políticas Sociais e garantem, por isso, o princípio participativo previsto na Constituição Federal de 1988, ou seja, já estão estabelecidas e regulamentadas por leis ordinárias nas diversas áreas em que a gestão das políticas sociais deverá ser realizada e de que forma ocorrerá. Há a garantia da representação da sociedade civil na escolha dos conselheiros por seus pares, em fórum específico das entidades não governamentais prestadoras de serviços, movimentos sociais, organismos de defesa de direitos, associações comunitárias, sindicatos, associação de usuários. Por outro lado, a representação governamental decorre da indicação do chefe do Poder Executivo de servidores públicos, em geral em cargos de gestão.

A qualificação dos conselheiros, principalmente oriundos da sociedade civil, é fundamental para a dinâmica de funcionamento dos conselhos e a efetividade da ação nos mesmos, no entender de Silva e Brito Junior (2009), pois, para eles, será por meio do protagonismo e da ação organizada que o cidadão ascenderá à esfera pública, colocando, então, suas reivindicações na agenda política. Dessa forma, não serão apenas reconhecidas as desigualdades sociais, mas também receberão a intervenção dos poderes políticos para que se estabeleçam condições de vida e trabalho dignos para a população. A capacitação é continuada e fundamental para o bom andamento de um conselho.

Cabe, então, ao Estado, no entendimento de Yasbeck (2008), criar mecanismos para intervir nas relações sociais e propiciar a proteção social. Esses mecanismos são institucionalizados, na ação do Estado, como complementares ao mercado, configurando a Política Social nas sociedades industrializadas e de democracia liberal. Em virtude dessa realidade, Sampaio (2006) afirma que há um cenário conselhistas que dá conta de que os Conselhos não estão conseguindo cumprir sua vocação deliberativa. Os motivos são os mais variados possíveis: vão desde a baixa capacidade de inovação das políticas públicas a partir dos Conselhos, até a fragilidade da atuação do Pleno por vezes sem a capacitação necessária, frente ao controle social do Estado.

É importante que os Conselheiros da saúde entendam que o planejamento e a gestão da saúde não é tarefa apenas dos técnicos, dos especialistas, mas também do Conselho, que deve exercer seu papel no controle social e no planejamento das ações de saúde, de forma articulada com as demandas da população, conforme Pereira (2010). Então, urge a necessidade de se conseguir membros motivados, capacitados, empoderados, que sejam protagonistas, que consigam falar na mesma sintonia do poder público, no sentido de operarem, de se fazerem ouvir com respeito e que tenham tempo, disponibilidade para participar e que entendam a importância dessa participação. É preciso que considerem que sua ação política deva ser ampliada e qualificada e que devem buscar mais visibilidade, vocalização e envolvimento estratégico com informação, comunicação e busca de educação permanente para a construção da cidadania, mesmo que, em determinadas situações, se observe o uso do conselho como escada para a carreira política.

Portanto, considerando o Conselho de Saúde como um importante espaço público de Controle Social, é que se faz necessário fortalecer a sociedade organizada - expressa pelos Movimentos Sociais e Organizações Não Governamentais (ONGs) - para que, nos Conselhos,

no Pleno, represente, de fato, a sociedade que lhes dá sustentação. A fim de isso ocorrer, a palavra-chave passa a ser capacitação (Fiocruz, 2001).

Isso se confirma com a experiência dos Conselheiros de Saúde do Rio de Janeiro, segundo Labra e Figueiredo (2002), que percebem sua experiência de participação e controle social como positiva, que inclusive leva à superação pessoal e busca de elevação do nível educacional, além do despertar para a compreensão de acontecimento político e do funcionamento dos poderes públicos, de maior conhecimento da Política de Saúde e da legislação existente, tornando possível a luta pelo direito à Saúde e melhoria dos serviços prestados.

Assim, poderá ser possível, no Conselho Municipal de Saúde de Vila Velha, ter um novo olhar para a prática do conselho neste espaço de relações sociais permeadas por conflitos, mediações e lutas e pela cordialidade, que pode se confundir com os traços de uma sociedade que enfrenta dificuldades em desvincular o público do privado, mascarando, assim, as relações de poder. É importante que venha à baila a discussão dos saberes e interesses dos conselheiros numa atuação empoderada, protagonista ou não.

Percepção da cidadania como uma construção social

Nesta parte, vamos trabalhar o entendimento da cidadania como uma construção social, em que é importante a participação dos usuários, da sociedade civil como um todo. Portanto, vamos visitar alguns autores, que nos auxiliarão nesta compreensão. Dessa forma, Morin (2000) afirma que o sujeito não reflete a realidade, ele a constrói. Esta construção da realidade deve levar em conta a ética pela vida, de modo a resgatar e proteger a diversidade, além de uma busca pela hominização do homem, numa construção de uma cidadania planetária. A compreensão entre as pessoas é condição e garantia para que haja solidariedade intelectual e moral na humanidade, para que seja construída uma sociedade mais ética e mais cidadã.

Nesse sentido, também Wall (2010) entende que a empatia é fator inerente ao ser humano que, em tempos pós-modernos, precisa da hominência, para ser solidário nas lutas por uma vida mais justa; além disso, precisa de ramificações, isto é, precisa estar sempre buscando aprendizado, reelaborando seu passado para a construção de presente e futuro melhor, que para ser garantido, precisa da participação da população nas ações cotidianas de exercício da democracia/cidadania, visto que este é um processo constante de construção e reconstrução constante.

Assim, Morin (2003) entende que a democracia, por favorecer a relação rica e complexa entre indivíduo e sociedade, exige um exercício cotidiano de participação, construção das redes associativas de solidariedade e responsabilidade social. A consciência e ética da condição humana devem ter grande importância na educação do futuro, privilegiando os fundamentos políticos e a concepção de democracia e política.

Ammann (2003) entende que a constituição do conceito cidadania acompanhou o desenrolar na sociedade das lutas pelos direitos humanos, que foram conquistas gradativas. Citando Marshall (1963), Ammann coloca que esses direitos humanos foram: civis, políticos e sociais, e que foi a luta dos movimentos sociais pelos direitos sociais a responsável pela ampliação da discussão sobre cidadania em todo o mundo.

Na construção da cidadania se faz necessária a criação de normas, consensos e valores, de forma compartilhada pela sociedade como um todo, além de ser importante a participação popular, consciente e crítica, para a ocupação de seu lugar na gestão desse processo democrático de construção da política de saúde, do sistema sanitário (Fleury, 2006).

Sendo a cidadania um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade, todos os que possuem este *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao mesmo; então, uma cidadania ideal pode ser medida com relação ao que se aspira, ao que se busca pela participação. Desta feita, é por meio da participação, da presença ativa e curiosa dos sujeitos na construção do mundo, segundo Freire (2005), que teremos homens responsáveis pelo seu próprio destino, problematizando e lutando para a transformação social, por uma Saúde cidadã, com acesso democratizado.

Dagnino (1994), referindo-se à participação da sociedade como uma dimensão vital para a construção da cidadania, entende que está aí implícita a ideia de cidadania ampliada, em virtude de viabilizar o acesso dos cidadãos ao processo de gestão das políticas públicas. É nesse contexto de transformações que emerge uma nova cultura política, imbricada nos direitos sociais postos na Constituição Federal Brasileira de 1988, consolidando a presença da sociedade civil no espaço público, aqui nos referindo às três esferas do Governo.

Gohn (2000) conceitua esta participação como cidadã, no sentido de que a sociedade participa, luta pela ampliação da cidadania, remetendo à definição das prioridades a serem focadas pelas políticas públicas, e essa luta impulsiona a criação de novas formas de participação da sociedade civil, levando ao protagonismo.

Historicamente o que se tem, na verdade, é uma cidadania regulada, isto é, uma concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais, que pode ser

retirada e, dessa forma, não são garantidos os direitos via participação social. Daí a necessidade da construção de uma cultura de participação, reflexão crítica e amadurecimento dos cidadãos - condição indispensável para a viabilização e efetivação das políticas públicas (Chauí, 1986).

Na opinião de Marshall (1985), a cidadania social é que permite às pessoas terem acesso à vida com dignidade, dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade. É preciso perceber que a limitação à participação não é só a falta de recursos, mas também a falta de vontade política para a construção e exercício da cidadania; e, por isso, busca-se o enfrentamento de questões que se referem ao conhecimento mais aprofundado da realidade, cultura política, representatividade.

Nessa visão, Dagnino (2002) entende que cidadania é tratada como direito a ter direitos, isto é, o cidadão não pode se limitar a provisões legais, mas, sim, buscar a criação de novos direitos que surgem de suas lutas e suas práticas cotidianas, seu exercitar permanente, construindo, assim, a cidadania. Isso, para Demo (1996), é que permite o envolvimento do homem como uma arte qualitativa, que possibilita a criação de uma sociedade melhor, cidadã, que entende também como espaço para as utopias, que só são obtidas via participação de cada ser humano.

Ser um cidadão não é apenas participar nas decisões familiares e de associações; é preciso também intervir nas lutas sociais, econômicas e políticas de sua sociedade. Compartilhamos do entendimento de sociedade civil, descrita por Mazzeo (1995), como o centro, em que se desenvolve a vida humana e se encontra o núcleo de contradição Estado / sociedade.

Nesse sentido, concordamos com Rego (1999), ao esclarecer que o ser humano se constrói em sua interação com o mundo, com sua relação com os demais indivíduos, a explicitação de sua cultura e, dessa forma, constrói também sua cidadania. Nesse prisma, a história da cidadania está diretamente ligada a lutas pelos direitos humanos, a uma construção, a uma referência de conquistas da humanidade, em sua luta pela ampliação dos direitos, por maior liberdade, por melhores garantias individuais e coletivas, deixando clara a importância da liderança da sociedade civil neste processo.

Portanto, cidadania pressupõe ter consciência de suas responsabilidades por ser parte integrante de uma coletividade, de uma nação, de um Estado que necessitam, para seu funcionamento, que todos deem sua parcela de contribuição, para que, assim, se chegue à justiça em seu sentido mais amplo, que é o bem-estar comum. Nesse sentido, os conselheiros de saúde

idosos pesquisados dão significado à palavra cidadania com sua contribuição na luta por uma Política de Saúde para a População.

A trajetória da Política de Saúde no Brasil: um direito conquistado?

Assim, quando se fala em Saúde, entendemos que se deve ter em mente a formulação da Organização Mundial de Saúde, a qual relaciona a saúde da pessoa com o atendimento de suas necessidades e possibilidades, do sistema socioeconômico e sociopolítico em atendê-las, além de ser necessário compreender as articulações entre os processos econômicos, políticos e as práticas de saúde no país.

É a partir do conhecimento das raízes históricas das políticas que se pode compreender de que forma elas foram sendo implantadas ao longo da constituição do Estado brasileiro. Assim, é importante compreender como se estruturam as políticas sociais, entre elas, a Política de Saúde.

Tal compreensão possibilita uma re-leitura do processo e permite compreendê-lo à luz de fatos advindos da Reforma Sanitária, pois, foi a partir dos anos 1940, que se começa a avançar, principalmente depois da criação do Sistema Nacional de Saúde, que veio legitimar e institucionalizar a pluralidade institucional no setor, com a definição do papel da Previdência, Saúde e Assistência. Segundo Rossi (1980), primeiro surgiram os IAPs, que dão conta da assistência médica para os trabalhadores, mas no período do golpe militar, com a criação do INPS, há uma desmobilização das forças políticas e ampliação do controle do Estado; com a redemocratização é que os movimentos sociais pressionam pela assistência médica, surgindo no cenário o movimento sanitarista que muito pressionou para a estruturação da saúde pública.

Se observarmos a realidade do município pesquisado, Vila Velha, ES, nos indagamos: de que saúde estamos falando? Veremos uma demanda imensa e em crescimento, como uma horda que avança sobre a estrutura cambaleante, frágil, impotente e, frente a este choque de realidade, nos deparamos com uma política de saúde com princípios de universalidade, integralidade, equitativa, descentralizada e resolutiva e que deve contar com a participação da população usuária, para que a Política de Saúde se efetive e, de fato, seja um direito conquistado, numa sociedade mais cidadã, que tenha um sistema de saúde acessível a todo o cidadão, atendendo suas demandas e preservando sua saúde e que seja submetida ao controle dos sujeitos sociais.

Como já dito antes, a história nos mostra ter sido a partir dos anos 80 - com a crise financeira no setor da Saúde, expressa na Seguridade Social, que a proposta do movimento

sanitário veio a se apresentar como forte reação às políticas implantadas no setor, fazendo emergir a luta pelo SUS, numa articulação com os movimentos sociais em luta por uma saúde como direito universal. Em vista disso, o processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi convocada em 1986 pelo Ministério com a temática: Direito, Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento. Foi forte a participação da sociedade civil neste processo preparatório, com o envolvimento de profissionais da área, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (Brasil, 1986). Período em que, no Município de Vila Velha, se vivia uma grande onda de participação em que os movimentos sociais e a igreja eram os protagonistas, e se lutava, por exemplo, pelo transporte coletivo, dentre outras lutas.

As questões de Saúde - entendidas como necessárias à participação da coletividade - definiram a Reforma Sanitária, com um avanço técnico-político por propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas diretrizes são: universalidade, integralidade das ações e participação social, além de ampliar o conceito desta política pública, colocando-a como direito dos cidadãos e dever do Estado. Foi, então, criado, em princípio, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com a redução da máquina previdenciária, transferência dos serviços para os estados e municípios e estabelecido um gestor único em cada esfera de governo. Desse modo, a partir de final dos anos 1980, surge um novo arranjo de forças políticas, apontando para uma forma de relacionamento entre Estado e Sociedade Civil. Os movimentos passaram a se relacionar mais diretamente com as agências públicas. Isso ocorre por meio das experiências participativas nos conselhos da saúde, educação, criança e adolescente, assistência social, entre outros, sendo que as práticas do orçamento participativo passam a ser desenvolvidas em vários municípios do país (Pinto, 2007).

Após a promulgação da Lei 8080/90 (SUS), vem em seguida, a lei 8142 (SUS), como resultado do pacto social que coloca a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, são instituídas as Conferências e os Conselhos como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias. Além disso, objetivavam exercer controle sobre a execução das políticas; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade dos planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo, e a fixação de pisos nacionais de salário. Como fruto de pressões intensas, a Lei 8142 recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle social.

A proposta do SUS foi estruturada com base em princípios que devem organizar sua prática, entre os quais destacamos a universalidade (saúde como direito de todos); a equidade (consideração das diferenças, estratégias redistributivas); a integralidade (consideração das múltiplas dimensões da saúde); a descentralização (desconcentração dos recursos, da gestão e do poder) e a participação social (a sociedade controlando o Estado). Em todo o sistema, esses princípios têm sido objeto de luta e perseguidos como um ideal (Araújo, 2007).

Foram importantes as Conferências Nacionais, pois a história da Saúde mostra acontecimentos marcantes, os quais definem bem a efervescência da sociedade brasileira e as conquistas. A história nos mostra, também, que ainda há um grande caminho a percorrer desde a implantação da atenção à saúde, na década de 1940. Somente após 2000, com a Emenda Constitucional n.º 29, de 13/09/2000, é que foram assegurados os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde. A partir de como foi efetivada a Política de Saúde no Brasil, e trabalhando numa perspectiva de avaliação, tem-se que entender o que coloca Frey (2000), quando reforça a necessidade de participação da população e de seu entendimento dos fatores sociais que permitem a conservação da Saúde e ou sua recuperação.

Aqui, a Saúde é entendida como bem-estar físico, mental e social, e as redes de atenção devem ser organizadas, pensando-se nos recursos e na oferta de serviços com qualidade, isto é, se os serviços são prestados de acordo com padrões ótimos pré-definidos, se atendem as necessidades dos usuários. Têm-se programas de controle de qualidade, que devem ser seguros para os profissionais da área e os usuários, e realizados de forma acessível, humanizada, que traga melhoria para suas vidas (Malheiros, 1980).

É preciso, ainda, ter-se o entendimento de que as mudanças na gestão e na atenção à Saúde só ganham mais efetividade quando os sujeitos envolvidos combinam entre si as responsabilidades, as quais devem ser compartilhadas nos processos de gerir e cuidar. Deve-se respeitar o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e da coletividade. Dessa forma, o trabalho deve implicar a produção de si mesmo, a produção do mundo e das diferentes realidades sociais, econômicas, políticas, institucionais e culturais.

No caso da Política de Saúde, Mazzeo (1995) entende tratar-se de uma política redistributiva indireta, porquanto influencia em longo prazo a diminuição da desigualdade social; o enfrentamento dessas questões passa pela participação da sociedade civil, pois somente mediante a participação crítica e ação efetiva há a transformação do real pela práxis, e o interesse particular cede lugar ao interesse geral da sociedade democrática e o direito; enfim conquistado, se efetiva.

A esse respeito, Dagnino (2002) afirma:

Uma consequência concreta fundamental dessa visão tem sido a emergência de experiências de construção de espaços públicos, tanto daqueles que visam a promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/interesses até então excluídos de uma agenda pública, como daqueles que se constituem como espaços de ampliação e democratização da gestão estatal. Estamos aqui nos referindo à implementação, ao longo da última década, dos vários conselhos, fóruns, câmaras setoriais, orçamentos participativos etc. (Dagnino, 2002, p. 10).

Seguindo esta construção teórica, entendemos ser legalmente possível os municípios darem conta dos problemas sociais do seu território, a fim de garantir maior equidade social no acesso a serviços públicos essenciais. Isso colabora para a redução da desigualdade entre os grupos sociais e entre as áreas geográficas de sua responsabilidade, em virtude de ter havido reestruturações no aparelho estatal, para torná-lo mais ágil e eficaz.

A gestão, então, é democratizada por meio do controle social, da fiscalização dos conselheiros que combinam iniciativas dos entes governamentais (federal, estadual e municipal) - mesmo que ainda haja relações clientelistas, corporativistas, de cooptação e de repressão - com os interesses dos diferentes setores da sociedade local na definição das políticas públicas. (Cohn, 1997).

Nesse sentido, ratificamos que Estado e instituições têm uma dinâmica que é acionada de acordo com a correlação de forças existentes na sociedade civil, isto é, as camadas populares exercitam a prática da participação em seu cotidiano, isto é, os conselheiros idosos de saúde. Entretanto, sua força se reflete na dinâmica da conjuntura social, nas decisões e funcionamento do Estado e das Instituições, no jogo complexo das relações sociais, com a força de ação cooptadora de uma classe sobre a outra. Ainda assim, é essa força advinda da participação, dos movimentos sociais, a transformadora da realidade social (Souza, 2004).

Daí a compreensão da política como o exercício de manutenção do poder e, portanto, todas as atividades correlatas a ela pressupõem compromisso dos cidadãos para com sua coletividade e ação sobre as estruturas da desigualdade. Para que essa participação seja possível, a sociedade precisa ser uma sociedade participativa (Demo, 2002). Aqui a referência é à sociedade participativa como a que permite atividades organizadas de grupos que expressem suas demandas, defendam seus interesses, que influam de maneira direta nos poderes públicos,

nos quais todos os membros da sociedade têm parte na gestão e controle dos processos produtivos. Na pesquisa foi possível observar o desenrolar desta correlação de forças.

A razão disso é haver equidade no usufruto dos benefícios produzidos na sociedade com o trabalho e esforço de todos, sem haver pobreza política, com o povo tendo autodeterminação de seu próprio espaço (Bordenave, 1994). Aqui podemos trazer uma fala de uma idosa ouvida na coleta para esta investigação: *“Dei comida e banho e deixei meu velho, que é acamado, em casa, enquanto eu estou aqui no conselho; então, tenho obrigação de brigar por melhoria no atendimento nas Unidades de saúde e no Pronto Atendimento para, quando levar meu velho lá, ele ser melhor atendido do que é hoje”*.

Então, devemos concordar com a afirmação de Vasconcelos (2006) de que o modelo de saúde existente deve mudar sua concepção de atenção que privilegia o biológico, a doença, a especialização profissional, com coordenação vertical, e uma dimensão médico-centrada, para um modelo com dimensão interdisciplinar, em que tal concepção passe pela teoria social, e a entenda como um processo na vida dos sujeitos sociais. Esta forma de trabalho exige relações sociais horizontais, em que se ouve, processa-se o que se ouve, pensa-se e conhece-se, de forma que se trabalha junto com o outro, numa busca de conhecimento de sua realidade, e de novos saberes para se criarem novas práticas. Assim, concordo com Oliveira (2014), quando este afirma que, para se consolidar uma atenção mais humanizada e participativa, devem-se respeitar os direitos do cidadão, com prioridade para a família, os recursos da comunidade, e a qualidade de vida do usuário, ouvir mais os representantes da comunidade e movimentos sociais, e os conselheiros idosos.

Uma fala de uma idosa aqui pesquisada nos demonstra claramente os enfrentamentos cotidianos: *“Meus três netos, que crio, precisam de atendimento para asma e odontológico, e tenho muitas dificuldades em conseguir, precisando ir de madrugada para a Unidade de Saúde e ficar muito tempo esperando a regulação da consulta no estado; então, acho que a Prefeitura precisa melhorar os serviços oferecidos para a população”*.

Nessa perspectiva de mudança de rumo, os profissionais da saúde, assim como os usuários, devem se perceber como sujeitos sociais em permanente construção e não meros executores de ações pensadas por outrem. Com isso, não se repetiria mais a relação de submissão, como dito antes; portanto, é premente resistir e criar, repensar novas ações, participar do planejamento, execução e controle das ações em saúde para a construção da participação popular no rumo de uma nova consciência sanitária, com a democratização das políticas públicas.

É possível ir ainda mais além, entendendo que essas mudanças devem implicar desde o nível das práticas cotidianas nos novos serviços até o plano da gestão da Política de Saúde, de forma mais ampla, envolvendo a presença e militância ativa de lideranças, no caso os idosos nos conselhos, conferências e demais instâncias de poder - que hoje existem definidas pelo SUS como controle social. Dessa forma, é possível valorizar a inclusão dos usuários no cenário da Saúde, com uma gestão pública mais permeável às suas demandas, em que os diversos atores no exercício de suas ações nos conselhos entram em confronto e/ou constroem alianças e mobilizam seus recursos de poder. Dessa forma, no dizer de Vasconcelos (2009), os conselheiros idosos podem pressionar os tomadores de decisão, afetando o funcionamento do sistema, votando, organizando e ampliando os direitos conquistados, dentre eles o direito a uma política de saúde cidadã, cujo protagonismo destes idosos seja efetivo.

Considerações Finais

Nesta pesquisa, partimos do entendimento de Gohn (2000) de que a mobilização para participar das ações sociais na construção de políticas públicas se dá via participação popular no Conselho de Saúde, sendo que a legitimidade dos Conselhos se amplia quanto maior for o vínculo do conselheiro com sua população eleitoral, e quanto mais orgânica for este vínculo; do contrário, toda a responsabilidade pela representação é delegada ao representante, ficando prejudicada a própria proposta de representação. Mesmo que não haja participação da maioria da população nessas eleições, a legitimidade dos membros do Conselho se dá pela estreita vinculação deste com a sociedade, por intermédio das entidades representadas e do processo de interlocução que estas desenvolvem ou podem vir a desenvolver com a população. Para isso, são necessários conselheiros capacitados e realmente envolvidos na luta pela Política de Saúde.

Walter, Ranincheski, Marinho e Castro (2003) entendem que a comunidade precisa acreditar nos seus representantes dentro do Conselho de Saúde, e mesmo que os conselheiros representem uma entidade ou um segmento específico da comunidade, religioso ou de outro tipo, o exercício da representação requer organizações políticas com capacidade de vocalização e potencialidade de gerar espaços de poder, de ampliação da cidadania. O que faz com que o círculo virtuoso da representação se complete; para os autores, é a prestação de contas dos conselheiros e a transmissão das discussões realizadas no âmbito dos Conselhos às suas bases. Mas o que se observa no Conselho estudado ao longo de três gestões, isto é, seis anos, é que a representação direta dos usuários dos serviços de saúde é difícil por conta de sua dispersão e

falta de articulação interna e inclusive pela falta do *feedback* as suas bases, o que, muitas vezes, provoca dispersão e perda de direcionamento na luta; além disso, o espaço do conselho frequentemente vira espaço de disputa de poder, com longas discussões estéreis, que desviam o foco do tema principal e importante, que é a Saúde.

As Associações de Moradores e o Conselho Comunitário de Vila Velha (CCVV) que, historicamente, foram o espaço de aglutinação das comunidades populares, na busca de resolutividade dos problemas dos grupos sociais ali representados, nos últimos anos sofreram um esvaziamento importante do seu papel político de representação e articulação de demandas, sendo que principalmente o CCVV, vem enfrentando séria crise interna, com longas disputas judiciais e o que se observa é que a ausência de organização política dos setores que poderiam estar envolvidos na causa de uma melhoria na saúde do município obviamente reforça essa dificuldade. Mesmo o Conselho sendo um fardo pesado para os conselheiros, - como instância burocrática formal com suas fragilidades - ainda assim, os conselheiros insistem, participam, buscam capacitação, desenvolvem suas ações, talvez na esperança da construção de uma nova realidade social, na qual a participação contribua com a constituição de sujeitos políticos forjados no exercício da democracia. Por isso, entendemos o Conselho como lócus de protagonismo e não apenas como um lugar comum. Assim, entendemos como importante neste estudo o descortinar do conhecimento sobre os conselheiros de saúde idosos, seu perfil, suas ações para ampliar o conhecimento também sobre o contexto em que o conselho estudado está inserido, além de pontuar as características individuais dos conselheiros, sua formação cultural e política e a importância de seu papel como representantes da comunidade, atuando na ampliação da Política de Saúde municipal.

Quanto aos vinte e seis conselheiros pesquisados, 60% eram de nível superior, 30% de nível médio e 10% fundamental, sendo 90% aposentados ou pensionistas com renda média de dois salários mínimos, mas 80% de SUS-dependentes; 80% eram do sexo feminino e, mesmo estando a maioria aposentadas, ainda desempenhavam tarefas domésticas e prestavam ajuda a familiares.

As maiorias dos conselheiros pesquisados lutavam bravamente, doando voluntariamente seu tempo, sua energia vital na luta por melhoria na prestação dos serviços à população, mas se deparavam com barreiras como tempo, capacitação e disponibilidade para análise de todas as ações de maneira minuciosa e, na verdade, alguns conselheiros trabalhavam mais que o colegiado, para que o controle social pudesse ser exercido. Na plenária é que havia mais empenho de todos, que buscavam se juntar e analisar as ações municipais e, nestes momentos,

mais claramente se podia ver o empenho das mulheres (maioria no conselho), na luta por melhorias nas ações desenvolvidas.

Apresentamos aqui algumas considerações finais, em vista da impossibilidade de conclusão, e estas nos permitiram a aproximação ao objeto de estudo, para que conhecêssemos a luta das pessoas idosas para, no papel de conselheiros de saúde, trazerem suas experiências e recordações pelo acúmulo de vivências, bem como as diversidades de representações sociais e o sonho de ajudar numa melhoria da política de saúde, ousando-se em enfrentamentos, obtendo conquistas e derrotas, mas nunca desistindo, posto que também são interessados nestes resultados, como protagonistas que são!

É certo que são velhos, mental e fisicamente ativos, que trazem imbricado o sentimento de cooperação, transmissão de valores e, ainda, diante da fragilidade das políticas sociais, entendem que precisam lutar por uma saúde pública e de qualidade para todos e, mesmo tendo dificuldades até na sobrevivência, na questão da solidariedade, a pesquisa aponta como muito presente nas pessoas idosas a ideologia de gênero que permeou seu processo de socialização vivenciado, favorecendo a construção das identidades de homem e mulher a partir da atribuição de papéis, atitudes e valores previamente definidos segundo modelos naturais, gerando estereótipos acerca de masculinidade e feminilidade. Isso demonstra que as mulheres tiveram enfrentamentos fortes quando ousavam romper estes papéis, o que pode ser observado nos relatos de suas vidas doméstica e laboral, experiências estas que trazem para o exercício de suas funções dentro do conselho de saúde.

Assim, com a ausência, ou fragilidade de políticas governamentais que garantissem saúde para a população, a velhice que, no entender dos pesquisados, seria um tempo de descanso, passa a ser um tempo de busca de realizações e de construção de um legado que é a política de saúde, o que leva os idosos pesquisados a lutarem por uma vaga de conselheiro de saúde, buscando assim, com sua luta, a garantia da sobrevivência do SUS, que é a garantia de saúde pública para todos.

Referências

Ammann, S. B. (2003). *Ideologia do Desenvolvimento da Comunidade no Brasil*. (10^a ed.). São Paulo, SP: Cortez.

Bordenave, J. D. Diaz. (1994). *O que é participação*. São Paulo, SP: Brasiliense.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico.

Política Nacional da Saúde. *Lei n.º 8.080/1990*.

Brasil. (1999). Política Nacional da Saúde. *Lei n.º 8.142/1990*.

Brasil. (2002). Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. (11 a 15 de dezembro de 2001). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde / Ministério da Saúde, *Conselho Nacional de Saúde. Série J. Cadernos, 6*. Brasília, DF.

Chauí, M. (1986). *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo, SP: Brasiliense.

Cohn, A. (1997). Desenvolvimento social e impacto na saúde. In: Barata, R. B. *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.

Dagnino, E. (1994). Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania In: (Org.). *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo, SP: Brasiliense.

Dagnino, E. (2002). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo, SP: Paz e Terra.

Demo, P. (1996). *Pobreza política*. São Paulo, SP: Editora Autores Associados.

Demo, P. (2002). *Política Social, educação e cidadania*. São Paulo, SP: Papyrus.

Dombrowski, O. (2007). Os conselhos vistos por fora: um estudo sobre a institucionalização dos Conselhos Municipais. *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais Participação e Democracia*. Florianópolis, SC: UFSC.

Ferraz, A. T. R. (1998). *Conselhos Gestores em Saúde: A experiência do Espírito Santo durante a gestão petista*. Dissertação de mestrado. UEC: SP.

Fiocruz. (2001). *Conselhos de saúde e controle social, Fiocruz*. Informativo RADIS-SÚMULA, n.º 81.

Fleury, S. (2006). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro, RJ: FGV.

Freire, P. (2005). *Educação como prática de liberdade*. São Paulo, SP: Paz e Terra.

Frey, K. (2000). *Políticas públicas: debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília, DF: IPEA.

Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 20(6), 1670-1681. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600026>.

Gohn, M. da G. (2000). *Conselhos Gestores e participação sociopolítica*. São Paulo, SP: Cortez.

Labra, M. E., & Figueiredo, J. St. A. de. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. São Paulo, SP: *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*, 7(3), 537-547. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13030>.

Ludke, M., & André, M. E. D. A. (1989). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, SP: EPU.

- Malheiros, P. (1980). O Serviço Social e a Política Nacional de Saúde *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, 56. São Paulo, SP: Cortez.
- Marshall, T. H. (1985). *Social Policy in the Twentieth Century*. Londres, England: Hutchinson.
- Minayo, M. C. S. (1996a). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (4ª ed.). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abraco.
- Minayo, M. C. de S. (1996b). Ciência, Técnica e Arte: O Desafio Pesquisa Social. *In: Minayo, M. C. de S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Morin, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo, SP: Cortez, Brasília, DF: UNESCO.
- Morin, E. (2003). *Educar na era planetária*. São Paulo, SP: Cortez; Brasília: UNESCO.
- Oliveira, B. de, Concone, M. H. V. B., Lodovici, F. M. M., & Lopes, R. G. da C. (2014). Atenção à Saúde do Idoso: Políticas públicas e “saber local”. *Argumentum*, 6 (1), 133-152. Recuperado em 30 dezembro, 2017, de: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7493/5760>.
- Oliveira, D. P. R. de. (2006). *Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e prática*. (6ª ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Pereira, M. F. (2010). *O controle social e participação democrática nos conselhos municipais de saúde da RIDE, DF*. Tese de doutorado. Ciência da Saúde UnB. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10031/1/2010_MarcioFlorentinoPereira.pdf.
- Pinto, R. C. (2007). *Conselho Popular de Vitória – Formação e trajetória de um movimento. 1986-2004*. Dissertação de mestrado: UFES. Recuperado em 01 de dezembro, de 2017, de: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFES_6d3c5a2276d77e599f006bb5a4206d16.
- Prefeitura Municipal de Vila Velha. Vila Velha, ES. Lei 4.700/2008. Revogada pela *Lei 5750/2016, que regulamenta a composição, a competência e a estrutura do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências*. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.vilavelha.es.gov.br/legislacao/Arquivo/Documents/legislacao/html/L57502016.html>.
- Rossi, S. S. (1980). *A constituição do sistema de saúde no Brasil*. São Paulo, SP.
- Sampaio, S. B. A. (2006). *O olhar governamental sobre os conselhos de Políticas Públicas: o cas*: Dissertação de mestrado FGV.
- Santos Júnior, O. A. dos. (2003). Conselhos Municipais e Democracia Local. Política de Conselhos. *In: Garcia, J., et al. Sociedade & Políticas - novos debates entre ONGs e Universidade*. Rio de Janeiro, RJ: Revan.
- Sennet, R. A. (1999). *Corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo Capitalismo*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Record.
- Serres, M. (2008). *Hominescências: o começo de uma outra humanidade*. Edgard de Assis Carvalho/Mariza Perassi Bosco, Trans. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil.
- Silva, M. Z., & Brito Junior, B. T. de. (2009). (Org.). *Participação social na Gestão Pública: olhares sobre as experiências de Vitória, ES*. São Paulo, SP: Annablume.
- Sipione, M. E. (2009). *Legitimidade da representação em Conselho de Saúde: O caso de Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES*. Dissertação de mestrado em Política, Administração e Avaliação

em Saúde. Vitória, ES: Universidade Federal do Espírito Santo. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5694/1/PrE%20Texto%20-%20Marcelo.pdf>.

Souza, M. L. (2004). *Desenvolvimento de comunidade e participação*. São Paulo, SP: Cortez.

Tatagiba, L. (2002). Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo, SP: Paz e Terra.

Vasconcelos, A. M. de. (2006). *A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo, SP: Cortez.

Vasconcelos, E. M. de. (2009). Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), s/pág. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/1000-3933-1-PB.pdf>.

Wall, F. de. (2010). *A era da Empatia - lições da natureza para uma sociedade mais gentil*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Walter, M. I. M. T., Ranincheski, S., Marinho, D. N., & Castro, H. C. de O. de. (2003). Capital social e políticas sociais no Brasil: diferenças regionais em população beneficiária de programas sociais. *XI Congresso Brasileiro de Sociologia*, 1-5 setembro, 2003. GT n.º 4: Desigualdades Sociais Campinas, SP: Unicamp. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/sbs2003_gt04_maria_walter%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/sbs2003_gt04_maria_walter%20(1).pdf).

Yasbeck, M. C. (2008). Estado e Políticas sociais. *Revista Praia Vermelha*, 18(1). UFRJ. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.ess.ufrj.br/praiavermelha/index.php/praiavermelha/article/view/39/24>.

Recebido em 18/06/2018

Aceito em 30/09/2018

Maria da Penha Almeida Fehlberg - Assistente Social, Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Metodista do Espírito Santo.

E-mail: penhafehlberg@gmail.com