



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Eloy Macchiute de Oliveira

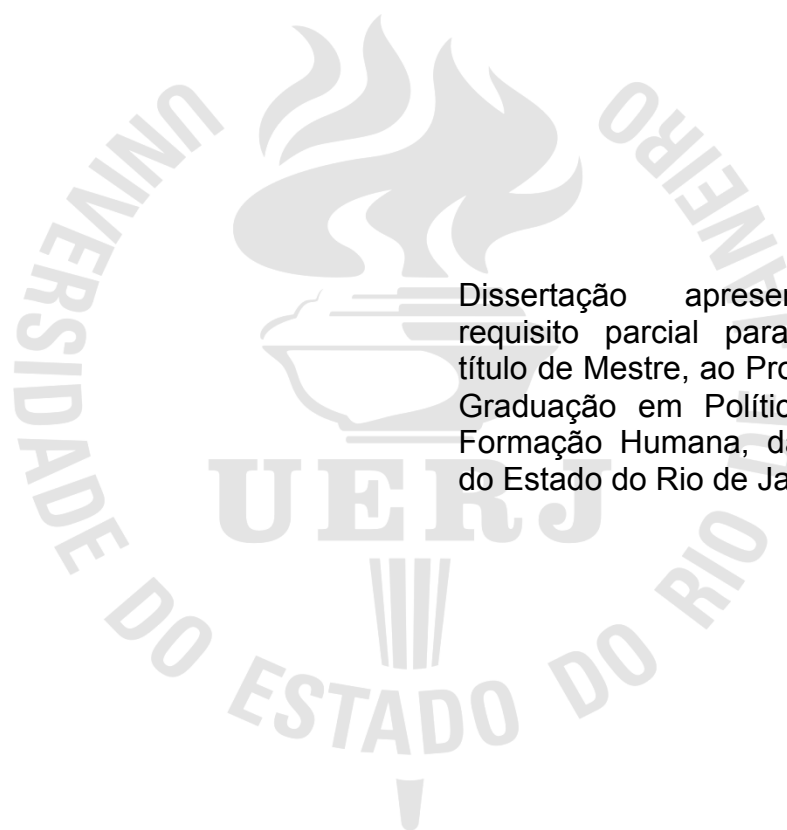
**Comunidades de Prática na Formação de Conselheiros de Saúde:
o que conselheiros de saúde da região sudeste pensam sobre
capacitação**

Rio de Janeiro

2011

Eloy Macchiute de Oliveira

**Comunidades de Prática na Formação de Conselheiros de Saúde:
o que conselheiros de saúde da região sudeste pensam sobre capacitação**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Eloiza da Silva Gomes de Oliveira

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

O48 Oliveira, E. M.

Comunidades de prática na formação de conselheiros de saúde:
o que conselheiros de saúde da região Sudeste pensam sobre
capacitação / Eloy Macchiute de Oliveira. – 2011.

101 f.

Orientadora: Eloiza da Silva Gomes de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Educação.

1. Consultores de saúde – Brasil, Sudeste - Treinamento –
Teses. 2. Consultores de saúde – Brasil, Sudeste - Prática – Teses.
3. Conselho Nacional de Saúde (Brasil) - Teses. 4. Sistema Único
de Saúde (Brasil) – Teses. I. Oliveira, Eloiza da Silva Gomes de. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação.
III. Título.

rc

CDU 614-051(815):331.363

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total
ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Eloy Macchiute de Oliveira

**Comunidades de Prática na Formação de Conselheiros de Saúde:
o que conselheiros de saúde da região sudeste pensam sobre capacitação**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 12 de dezembro de 2011.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Eloiza da Silva Gomes de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Educação da UERJ

Prof^a. Dr^a. Ester Arantes
Faculdade de Educação da UERJ

Prof. Dr. Josué Laguardia
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em
Saúde da Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2011

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Josué Laguardia pelo incentivo na fase inicial deste projeto;

À minha orientadora Professora Dra. Eloiza de Oliveira pela carinhosa acolhida, crédito depositado nestas ideias e pelas brilhantes reflexões que foram agregadas durante esse longo caminho;

À Dra. Claudia Jurberg pelas muitas horas de empenho, paciência e nas trocas de ideias;

Ao amigo Luis Carlos Affonso por ter me apresentado ao PPFH e pelo incentivo para participar do processo seletivo;

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RESUMO

OLIVEIRA, E. M. *Comunidades de Prática na Formação de Conselheiros de Saúde: o que conselheiros de saúde da região sudeste pensam sobre capacitação*. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Comunidade de prática (CoP) é um termo recente e que se aplica a indivíduos que compartilham um objetivo comum que pode englobar desde uma temática específica, um problema ou uma paixão, sendo o aprendizado em conjunto e o sentimento de pertença os diferenciais dessa teoria que pode refletir, positivamente, na aquisição de conhecimento como um processo participativo. Esta dissertação de mestrado procura averiguar a pertinência da construção de uma comunidade de prática para conselheiros de saúde dentro da política do Sistema Único (SUS) de valorizar a participação popular. Inicialmente, descrevemos de forma resumida o que foi a implantação do SUS e como se inserem os Conselhos de Saúde dentro de suas prerrogativas de participação popular. A partir desse panorama, discorreremos sobre o que são, como podem funcionar e qual a importância das CoPs. Por último, investigamos a opinião de uma amostra de conselheiros de saúde da região Sudeste do país e com acesso à Internet. Qual é a visão deles sobre a estruturação e capacitação dentro dos Conselhos de Saúde? Verificamos que há uma estreita relação de poder e alienação dentro dos Conselhos e, em virtude disso, uma demanda grande por capacitação. Porém, diante das limitações de nosso estudo, que só investigou os conselheiros com acesso à Internet, não podemos extrapolar conclusões de uma CoP poderia ser eficaz para capacitação de conselheiros de todo o país, pois verificamos que a baixa escolaridade nacional também se reflete dentro dos Conselhos assim como a exclusão digital. Estes fatores colocam, portanto, a maior parte dos conselheiros de saúde excluídos da possibilidade de capacitação através de uma CoP.

Palavras-chave: Comunidades de prática. Conselheiros de Saúde. SUS

ABSTRACT

OLIVEIRA, E. M. *Communities of Practice in the Training Directors of Health: what health counselors from southeastern think about training*. 2011. 101f. Dissertation (Master in Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Community of Practice (CoP) is a recent term that applies to individuals who share a common goal that can range from a specific theme, a problem or a passion that learning together and the feeling of belonging to the differentials of this theory can reflect positively on the acquisition of knowledge as a participatory process. This master thesis tried to analyze the construction of one Community of Practice to Health Councilors inside the Brazilian Public Health System (in Portuguese, Sistema Único de Saúde - SUS) to enhance the popular participation. First, we described in a brief the beginning of the SUS and how the Health Councilors acted in the process of popular participation. From this overview, we discuss about what CoP is, how it functions and the importance of a CoP. Finally, we investigated the opinion from a group of Health Councilors who live in the Southeast Brazilian region with internet access. What is their vision about training in Health Council? We verified that there is a close relationship between power and alienation inside Brazilian Health Council and because of that, a great demand of training. However, in front of the limitation of our study that only investigated Councilors with internet access, we could not extrapolate any conclusion about if a CoP could be effective for all Brazilian Councilors, because we also verified the low national level education and the digital exclusion and this situation has reflection inside the National Council of Health. These factors may exclude the majority of Health Councilors from one CoP.

Keyword: Practice communities. Health Councilors. SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Comparativo entre os modelos antigo e novo de aprendizagem	56
Tabela 2 –	Tabela ponderada sobre necessidades de conhecimento segundo os entrevistados	80
Tabela 3 –	Tabela normal sobre necessidades de conhecimento segundo os entrevistados	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CNS -	Conferência Nacional de Saúde
CoP –	Comunidade de Prática
Datasus -	Departamento de Informática do SUS
Fiocruz –	Fundação Oswaldo Cruz
NOAS-SUS -	Norma Operacional de Assistência a Saúde
Siops -	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
WEB –	World Wide Web

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	15
1.1	Os Conselhos de Saúde como Forma de Participação Popular	21
1.2	Os Conselhos de Saúde e Controle Social	29
1.3	Capacitação nos Conselhos de Saúde	32
2	COMUNIDADES VIRTUAIS: DA TEORIA À PRÁTICA COTIDIANA. DOS MITOS À REALIDADE	35
3	DA COGNIÇÃO SITUADA ÀS COMUNIDADES DE PRÁTICA	51
3.1	As Comunidades de Prática	52
4	O PERCURSO DA PESQUISA REALIZADA	66
4.1	A Metodologia Utilizada	67
4.2	Desenvolvimento de um Instrumento Avaliativo	69
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
5.1	Perfil da Amostra e Considerações sobre Informação e Capacitação sobre a Ótica dos Conselheiros	74
6	ALGUMAS CONCLUSÕES	84
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	91
	ANEXO – Instrumento de Pesquisa	96

INTRODUÇÃO

A visão da saúde pública foi se alterando ao longo da história da humanidade sempre a reboque dos interesses dominantes. Algumas vezes com objetivo de garantir um estado forte e outras com a intenção da manutenção da força de trabalho. Com isso, o próprio conceito de saúde e de doença foi se alterando ao longo do tempo e incorporando o bem estar físico e mental, e por consequência, o morar bem, o trabalho saudável, o esporte e o lazer entre outros aspectos que proporcionam qualidade de vida. Por sua vez, o papel do estado em relação à saúde dos seus cidadãos também foi se modificando de um ponto de vista puramente maniqueísta, onde o estado determinava o que era melhor para a saúde, perseguindo as políticas econômicas, para uma visão mais democrática onde o estado, juntamente com outras forças atuantes na sociedade civil organizada, determina o que é o melhor para a saúde. Essa determinação se dá a partir de um ponto de vista localizado nas comunidades onde as pessoas vivem por meio da participação popular.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil pela Constituição de 1988, foi concebido a partir dos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização da administração com o comando único, da regionalização e hierarquização do atendimento e contemplou também o princípio da participação popular na gestão da saúde como uma das premissas básicas.

Ao regulamentar essa participação popular em leis complementares, ficou determinado que essa ocorreria na forma de conferências de saúde e de conselhos de saúde em todas as esferas de governo. As esferas teriam que organizá-los para fazerem uso dos repasses de recursos federais e estaduais para a saúde.

Apesar desse dispositivo constitucional representar um grande avanço democrático, este encontrou a sociedade civil ainda com um incipiente nível de organização para fazer uso de uma forma eficaz dessa sua nova prerrogativa. Como havia necessidade urgente de que os Conselhos fossem estabelecidos para que o município gozasse de autonomia na saúde, muitos deles organizaram sua participação popular de uma forma pouco cuidadosa, com o único objetivo de atender a lei. Não podemos culpar os gestores por isso, pois era a sociedade que estava desorganizada. Ao iniciarmos esse trabalho, suspeitávamos que essa ainda

fosse a situação em uma boa parte dos municípios, e como também suspeitávamos, com uma sociedade civil desorganizada, não podemos esperar dos Conselhos de Saúde uma postura mais atuante e combativa nos interesses populares.

Essa situação não invalida de forma alguma esse dispositivo constitucional, pois a prática demonstra que, a partir da abertura desse canal de participação, a sociedade, paulatinamente, se organiza e isso fica evidente pelos muitos casos de Conselhos de Saúde atuantes e combativos. Democracia se aprende no exercício democrático.

Na impossibilidade de que possamos, de forma breve, contar com uma sociedade civil organizada e representada por conselheiros de saúde bem preparados, a solução seria os capacitarmos, sobretudo aqueles oriundos dos setores menos organizados da sociedade. Não que esses não tenham condições de identificar os problemas de saúde do município, mas, sobretudo porque esses quase sempre desconhecem as prerrogativas e deveres que têm como conselheiros, assim como a estrutura de funcionamento do SUS e as complicadas prestações de contas por parte dos gestores municipais. Isso pode fazer com que sua atuação seja muito aquém do que a sociedade espera.

Em um país como o Brasil, com tamanha diversidade cultural, econômica, climática e geográfica. Com mais de 5.500 municípios, cada um com problemas muito específicos de saúde, fica muito difícil pensar a capacitação de conselheiros de saúde a partir de um planejamento único e centralizado. A capacitação de um conselheiro deve ser feita a partir da ótica local, usando no seu planejamento as necessidades locais de conhecimento, os dados dos problemas de saúde, e a estrutura municipal de atenção à saúde, seu orçamento e o plano de contas da prefeitura.

Não foi objeto deste trabalho discutir cada uma das estratégias possíveis para capacitação de conselheiros de saúde, mas a nossa **hipótese** é a de que as comunidades de prática poderiam ser uma forma eficaz de disseminar conhecimento não formal, através da troca de experiências entre pares que gozam de problemas semelhantes e que forma e estratégias se utilizaram para resolvê-los, ou que se revelaram inviáveis.

Meu interesse por esse tema surgiu no final dos anos 90, quando trabalhava no Datasus (Departamento de Informática do SUS), em um órgão responsável por disseminar o uso da enorme massa de dados do interesse da saúde pública, dos

quais éramos depositários e que eram resultantes do processamento do faturamento do SUS e de sistemas que geravam estatísticas vitais, tais como o Sistema de Mortalidade e o Sistema de Nascidos Vivos. Nessa função, recebia com frequência consultas de conselheiros de saúde, completamente perdidos, com indagações que pouco podíamos fazer para ajudá-los pois, em muitos casos, não se tratava de dúvidas sobre informações coletadas pelos sistemas nacionais; em outros eram dúvidas relativas a prestações de contas da prefeitura e até indagações quanto às prerrogativas do próprio conselho. Apesar de naquele momento não poder fazer nada que ajudasse, o problema da capacitação dos conselheiros de saúde me despertou o interesse e comecei a estudar a respeito. No ano 2000, resolvi fazer uma especialização em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública, unidade da Fiocruz. Na ocasião, apresentei essa questão como tema de monografia. Assim, tive oportunidade de me aprofundar mais na história e na organização dos Conselhos de Saúde, assim como no estado da arte, naquela época, das discussões que se travavam a respeito da capacitação de conselheiros. Em 2008, fiz novo curso de especialização também na Escola Nacional de Saúde Pública, em informações e informática em saúde. Mais uma vez, desenvolvi monografia sobre o tema, só que enfoquei no uso de comunidades de prática para capacitação de conselheiros em informações em saúde. Essa mesma monografia foi adaptada para projeto submetido e aprovado na seleção para o mestrado no Programa de Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Nosso **objetivo principal** nesta dissertação foi o de identificar junto aos conselheiros de saúde se o uso de uma comunidade de prática poderia contribuir com os processos de capacitação e aprendizagem através de compartilhamento de experiências e de informações. Nossos **objetivos específicos** foram o de averiguar a percepção que o conselheiro de saúde possui sobre o impacto que a falta de conhecimento acarreta no desempenho dos Conselhos de Saúde, sobre a demanda por capacitação, sobre as principais temáticas das quais carecem de aprofundamento dos conhecimentos, sobre a predisposição para o uso de uma comunidade de prática e sobre as dificuldades que poderiam ter em uma experiência do gênero.

As comunidades de prática são um tipo de comunidade virtual, baseadas na Internet e constituídas por pessoas com o mesmo objetivo de aprendizagem, e onde existe um “espírito comunitário”, ou seja: os integrantes não entram apenas em

busca de informação, mas se sentem parte e colaboram com a comunidade em busca do crescimento comum. Já existem inúmeros pesquisadores que discorrem teoricamente a respeito da organização e do funcionamento das comunidades de prática, contudo, originalmente, essa teoria foi proposta por Etienne Wenger e Jean Lave (1991). Por sua vez, as comunidades de prática se utilizam do referencial teórico da cognição situada, que teve também em Jean Lave sua principal formuladora. Jean Lave e Etienne Wenger são os referenciais teóricos que adotamos para sustentarmos a aplicabilidade das comunidades de prática entre os conselheiros de saúde.

Atualmente, as comunidades de prática são utilizadas sobretudo em ambientes corporativos por grupos de trabalhadores interessados no aprimoramento profissional, mas podem ser aplicadas em qualquer ambiente virtual, onde existam pessoas que se sintam parte e que estejam interessadas no desenvolvimento pessoal e no comum para o aperfeiçoamento em uma atividade específica por meio da troca de informações e de experiências. Em uma comunidade de prática se aprende ao ser ensinado e também se aprende ensinando e convivendo com as dúvidas dos demais. Quanto mais o grupo se desenvolve, maior é o desenvolvimento de cada um dos seus membros.

Nesta dissertação no capítulo 1 – **A Saúde Pública no Brasil**, procuraremos dar um panorama da saúde pública no Brasil, vista sobre o prisma do seu desenvolvimento histórico até as condições atuais em que atuam os conselheiros de saúde; no capítulo 2 – **Comunidades Virtuais: da Teoria à Prática Cotidiana. Dos Mitos à Realidade**, buscamos conceitos para desmistificar a contraposição entre comunidades segundo os postulados de pensadores como Max Weber, Tönnies (1887), Durkenheim e Maclver (1994), e as comunidades virtuais segundo teóricos como Rheingod (1993) que nos primórdios dessa onda virtual, já identificava essas comunidades como importantes manifestações da vida coletiva, e Castells (1999, 2001) que mais recentemente abordou a questão da sociedade em rede como uma nova forma de organização social de dimensão mundial. No capítulo 3 – **Da Cognição Situada às Comunidades de Prática**, tratamos dos conceitos de Cognição Situada e da Aprendizagem Situada como formulado inicialmente por Jean Lave (1991) e que serviu de referencial teórico para que a própria autora em conjunto com Etienne Wenger (1998,2001) propusessem as comunidades de prática. Trataremos também nesse capítulo da conceituação das comunidades de

prática e das formulações feitas por Wenger e por outros autores para o seu fomento; No capítulo 4 – **O Percorso da Pesquisa**, descrevemos alguns pressupostos dos quais partimos, apresentamos a metodologia utilizada e o desenvolvimento do instrumento avaliativo. A proposta deste projeto busca atender as demandas definidas nas Conferências Nacionais de Saúde e consolidadas nas Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, formuladas pelo Conselho Nacional de Saúde. A utilização da abordagem de Comunidade de Práticas tem o intuito de atuar como elemento catalizador da sabedoria, construída na vivência da participação popular nas lutas pela melhoria das condições de saúde, juntamente com o compartilhamento de conhecimentos técnicos, científicos, legais ou econômicos do interesse para o controle social. Isso não implica em tomar esse conhecimento como o único orientador sobre o que é importante aprender/ensinar.

A comunidade de práticas constitui uma rede de pessoas interligadas informalmente e contextualmente por um interesse comum no aprendizado e, principalmente, na aplicação prática do que é aprendido. A interligação pressupõe a existência de uma estrutura que permite que a comunicação flua ao mesmo tempo em todos os sentidos e que atinja de forma equânime todos os integrantes. A comunidade de práticas possui como característica a informalidade, que advém da inexistência de uma estrutura hierarquizada de funcionamento e de um programa pré-definido de conteúdo, bem como a sua orientação pelas questões práticas do conhecimento.

O interesse comum de aprendizado é dado pela proposta da comunidade de integrar participantes de movimentos sociais e membros de Conselhos de Saúde em torno do debate de questões relativas à saúde pública, à informação em saúde e ao funcionamento orgânico dos Conselhos de Saúde.

A aplicação prática dos conhecimentos se dará à medida que o conhecimento adquirido na vivência dos movimentos sociais e dos Conselhos de Saúde for formalizado no ambiente virtual, distribuído e apropriado pelos novos receptores que, por sua vez, conquistam novas experiências ao adaptarem ideias bem sucedidas ao enfrentamento dos problemas nas suas áreas de atuação, constituindo uma gestão do conhecimento.

A proposta deste projeto é averiguar junto aos conselheiros de saúde da região Sudeste do país se o desenvolvimento de uma comunidade de prática

poderia contribuir para a capacitação desses conselheiros, uma vez que permitiria a democratização da troca de informações em debates sem mediação. No capítulo 5 - **Resultados e Discussão** sintetizamos as observações apuradas com o instrumento de pesquisa e discutimos os resultados em relação à nossa hipótese.

Conhecer a demanda por capacitação por parte dos conselheiros de saúde, assim como o seu sentimento em relação a essa demanda e em relação à possibilidade de utilizarem uma comunidade de prática, viabiliza um desdobramento futuro dessa pesquisa no sentido de verificarmos se, ao empregarmos essa metodologia junto aos conselheiros de saúde, isso provocará de fato um ganho de conhecimento e se esse será capaz de se reverter em uma maior autonomia e eficácia da participação popular na gestão da saúde, por meio dos conselhos de saúde.

1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A Constituição Brasileira promulgada em 1988 - a chamada “Constituição Cidadã” pela ampliação sem precedentes dos direitos sociais-, trouxe em seu bojo o marco regulatório de uma verdadeira revolução para o setor de saúde no Brasil. Seria melhor dizer: um processo revolucionário inacabado, mas que, no entanto, aponta o caminho a ser seguido para a conquista de um setor de saúde mais inclusivo. Esse caminho é o Sistema Único de Saúde – SUS.

A proposta do SUS foi concebida por setores organizados da sociedade civil e por expoentes da academia integrados no chamado Movimento Sanitário, em meados da década de 70, ainda durante a ditadura militar. Segundo Sara Escorel (1998) o Movimento Sanitário foi articulado em torno de um projeto cujo desenho e conteúdo foi sendo construído ao longo do tempo, a partir de um conjunto de práticas que o sanitarista Antônio da Silva Arouca caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber); a prática ideológica (transformação da consciência); e a prática política (transformação das relações sociais)”. (CARVALHO,1995).

Antes mesmo de 1988, algumas medidas propostas pelo Movimento Sanitário foram sendo colocadas em prática por membros do Movimento que integrava a burocracia estatal, até que em 1985, durante o governo de Itamar Franco, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, um fórum que reuniu em torno de cinco mil participantes vinculados aos mais diversos setores da sociedade, vinculados à questão da saúde. Esta Conferência se consubstanciou no verdadeiro marco da participação popular nas políticas públicas no Brasil e foi considerada como uma verdadeira Constituinte da saúde, tendo referendado a maioria dos postulados do Movimento Sanitarista sem, contudo, ter tido força suficiente para fazer com que o conjunto das suas propostas fosse implementada pelo governo.

Após um longo e acalorado período de debates que envolveram articulações da maioria dos setores organizados da sociedade com interesses na questão da saúde no Brasil, a Constituição incorporou a maior parte dos postulados da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Como princípio básico, a Constituição de 1988 garante a todos os cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Determina ainda que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, voltado para o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Estabelece ainda a participação popular no controle da saúde.

A subsequente Lei 8080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) regulamenta o SUS, complementando-o com a participação do setor privado através de uma rede contratada ou conveniada, obedecendo aos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis.

A Lei 8142, de 1990, regulamenta a participação popular na saúde através de duas instâncias autônomas em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde no Brasil não foram instituídos, entretanto, pela generosidade democrática dos constituintes. Muito pelo contrário, eles são o resultado de anos de luta surgida ainda em confrontação à ditadura militar no Brasil, em um momento em que o neoliberalismo já começava a avançar fortemente sobre o estado, com a sua concepção de que as forças econômicas seriam capazes, por si só, de prover a saúde da população. Da mesma forma, os demais conceitos centrais do SUS partem de uma concepção verdadeiramente democrática da sociedade que universaliza e integraliza o atendimento e descentraliza a gestão e a submete ao controle popular. Saúde e democracia, ou saúde e participação popular são dois conceitos indissociáveis, já que, como veremos adiante, nem sempre o conceito de saúde esteve a serviço dos reais interesses da população.

A compreensão de que o SUS representa uma revolução na saúde no Brasil vem do fato que até então apenas uma minoria absoluta da população brasileira tinha direitos assegurados em relação à saúde e correspondia apenas aos trabalhadores possuidores de carteira de trabalho assinada, já que a insipiente assistência à saúde era prestada quase unicamente pelo sistema previdenciário. O restante da população ou não tinha qualquer acesso aos serviços públicos de saúde, ou recebia apenas os serviços correspondentes das pouco eficientes campanhas empreendidas pelo governo no intuito de impedir a disseminação de epidemias.

Esse estado de coisas existente até então no atendimento à saúde é derivado do desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Segundo Correia (2005), nas primeiras décadas do século XX a atuação estatal em saúde no Brasil foi determinada pelo modelo Agro-exportador que demandava ações de combate as endemias que dizimavam a força de trabalho rural de uso intensivo para a manutenção do sistema. “Tais ações baseavam-se em uma estrutura militarista e integravam programas verticais”.

Ainda segundo Correia (2005), o processo de industrialização fez com que o estado brasileiro mudasse paulatinamente sua orientação voltada aos interesses oligopolista para se consolidar como um estado burguês e mudando com isso o foco da atuação em saúde para o ascendente proletariado urbano que se constituiu como a mão-de-obra.

Não é nosso objetivo nos aprofundar em detalhes históricos do desenvolvimento do setor de saúde no Brasil, entretanto, desejamos ressaltar apenas a determinação histórica e econômica da atuação estatal como uma decorrência de interesses de classe. Essa determinação não é uma particularidade brasileira, já que, historicamente, em qualquer parte do mundo, a saúde sempre esteve a reboque dos interesses desses mesmos interesses: Na idade antiga, uma população robusta era vista pelo estado como uma força necessária para os tempos de guerra. Já no estado medieval, a servidão era necessária à geração de riquezas para os senhores feudais e, portanto, isso exigia cuidados em relação a saúde no sentido da preservação da força de trabalho. Durante o mercantilismo, os impérios coloniais necessitavam de muitos braços para expandir as fronteiras coloniais. Na revolução industrial, o foco recaiu sobre a mão-de-obra necessária para as novas indústrias.

Entretanto, segundo Castellanos (1997), a saúde como assunto de estado surge apenas nos séculos XVIII e XIX por influência da revolução francesa, pela sua concepção de estado e cidadania; e da revolução industrial em função do crescimento populacional das áreas urbanas e do seu reflexo sobre as condições de saúde. Ainda segundo Castellanos (1997), em meados do século XIX, as concepções sobre os determinantes da saúde polarizavam-se em torno das escolas contagionista, preocupada com a manutenção do *status quo* e dos privilégios dos setores sociais predominantes e, por outro lado, as escolas que colocavam a ênfase explicativa nas condições de vida e do meio ambiente. Entre esses, estavam os que

atribuíam as más condições de saúde à pobreza da maioria da população. Para Engels em sua obra *Saúde da Classe Operária da Inglaterra*, publicada em 1844, as más condições de vida e de trabalho eram determinadas pelas más condições de vida e de trabalho e o conflito social era a única forma de superá-las

Hoje, uma população robusta e saudável é vista pelo capital como mão-de-obra disponível para apropriação da mais-valia, além se constituir como um potencial mercado consumidor necessário a perpetuação do sistema. Em todos os casos, a atuação estatal sempre esteve a serviço da acumulação do capital. Nesse ponto, é necessário ressaltar que a concepção do processo de saúde e doença variou ao longo da história de acordo com os interesses dominantes e com o desenvolvimento da medicina. Obviamente, o desenvolvimento da medicina também esteve em parte determinado pelos interesses dominantes. Isso porque existe uma contradição em relação ao processo de saúde/doença, determinada pela relação do capital e trabalho, onde o primeiro enxerga a saúde como um meio de perpetuação da exploração da mais-valia. Por esse ponto de vista, é necessário apenas que o trabalhador esteja em condições de entregar a sua força de trabalho de uma forma que permita a maximização dos lucros, para que a condição de saúde esteja atingida. Obviamente, por essa visão interessa apenas o trabalhador na sua fase mais produtiva; excluindo-se assim os idosos, os incapacitados para o trabalho ou os excessivamente jovens. Isso permite ainda hoje ao capital a exploração extrema do trabalhador produtivo, incorporando à força de trabalho inclusive de crianças. Por essa visão, quando a mão-de-obra pode ser facilmente substituída por uma nova mais produtiva, ou por um processo automatizado que exerça as mesmas funções, esta deixa de valer a pena sob o ponto de vista da saúde sob o prisma capitalista.

Essa visão foi levada ao seu extremo nos primórdios da revolução industrial, quando as severas condições de trabalho reduziam a expectativa média de vida da população submetida a jornadas de trabalho extenuantes e a condições insalubres de trabalho e de moradia. Como ilustração para essa afirmação, podemos citar Chadwick que, em seu informe de 1842, sobre as condições sanitárias dos trabalhadores da Grã Bretanha, forneceu as bases para uma reforma sanitária. Pela qual se implantou o atendimento médico no local de trabalho, a limitação dos horários de trabalho e do trabalho de crianças e mulheres no intuito de reduzir conflitos sociais e trabalhistas. Paralelamente, defendeu a extinção de direitos sociais que não se ligavam diretamente à manutenção da força de trabalho para a

nascente indústria, tais como os trabalhadores rurais ou os desempregados (*apud* Castellanos, 1997).

Tais condições persistem ainda hoje em algumas atividades ou em regiões do mundo onde a capacidade de reação é ainda baixa. Esse ponto de vista nega uma visão mais abrangente da saúde centrada na qualidade de vida, incorporando aí o bem estar físico e psicológico, a cultura e o lazer entre outras coisas. Por esse ponto de vista, a saúde não é encarada apenas como a “não doença”, mas como um sistema que resulta num bem estar amplo, universal e integral. Obviamente dessa forma, a manutenção da saúde envolve custos maiores e permite uma menor exploração da força de trabalho já que uma parte do tempo do trabalhador passa a ser consumido no descanso, no lazer, na cultura, no esporte entre outras atividades humanas.

Segundo a Carta de Ottawa, documento final da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, “são considerados requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade”. As estratégias para a sua promoção incluem “o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais de forma a promover possibilidades de escolhas e oportunidades para perseguir a saúde e o desenvolvimento” (MERCADANTE, 2002)

Essa contradição existente entre capital e trabalho em relação à saúde perpassa todos os períodos históricos com as suas diferentes formas de organização social e produtiva e chega aos dias atuais disfarçada sob a égide do estado liberal pretensamente desprovido dos interesses de classe, pois esta se origina na própria “venda” pelo homem da sua força de trabalho.

Segundo Correia (2005), os avanços sociais e democráticos conquistados na constituição de 1988 chegaram juntamente com avanços de uma contra-reforma:

(...) contra-reformas voltadas para desregulação estatal, acompanhadas de uma política de privatização de estatais e dos serviços públicos; o estímulo à flexibilização da produção e do trabalho; o encolhimento dos espaços públicos; a precarização dos serviços públicos, a maior alocação do fundo público na reprodução do capital; a (des) universalização de direitos; a descentralização de competências sem o respectivo respaldo financeiro a estados e municípios; e, enfim, a desregulação da economia, deixando, ao

livre jogo do mercado, a promoção do equilíbrio econômico e social (CORREIA, 2005, p.103).

Ainda segundo Correia (2005), na saúde o resultado dessa contra-reforma se reflete na prática, na supressão de direitos conquistados através da adoção de políticas públicas que esvaziam o caráter universal da saúde, substituindo-o por intervenções seletivas, destinadas apenas aos grupos de maior pobreza. Ao mesmo tempo, tem criado facilidades ao mercado para o fornecimento de serviços de saúde acessíveis apenas a quem pode pagar por eles. Dessa forma, voltamos de fato à situação excludente anterior a criação do SUS.

Mas então, como entender esse retrocesso a despeito dos dispositivos criados pela Constituição e pelas leis complementares que garantiriam, em tese, a manutenção e o aperfeiçoamento das conquistas sociais? Ocorre que a construção do Sistema Único de Saúde ocorreu na contramão do que acontecia principalmente na Europa que, na mesma época, em decorrência das crises fiscais, iniciava o desmonte do chamado *Welfare State*, apontado como vilão, juntamente com outras formas de intervenção estatal. A realidade, segundo Bresser Pereira (1995), é que, diante da crise das ideias liberais, ressurgiram no plano ideológico representadas pelo neoliberalismo enquanto a esquerda, comprometida com a defesa do estado, entra em crise juntamente com o colapso dos países socialistas. Por esse ideário, o mercado seria a resposta para a crise do estado, ou seja: liberalização comercial, privatização e desregulação, apoiados por políticas sociais compensatórias. Em outras palavras, o que se propunha era, portanto, o Estado mínimo e o pleno controle da economia pelo mercado, que se auto-regularia. Ainda segundo Bresser Pereira (1995), o gerencialismo decorre de uma resposta social-liberal ao neoliberalismo que, apesar de concordar com a necessidade de reduzir o excessivo tamanho do estado, considerava suas propostas como radicais e incapazes de garantir o desenvolvimento com paz social. Para os sociais-liberais:

(...) ao invés do estado mínimo, era necessário reconstruir o estado de forma a garantir a recuperação da poupança pública e a superação da crise fiscal; a redefinição da forma de intervenção no econômico e no social por meio de contratação de organizações públicas não estatais para executar os serviços de educação, saúde e cultura e reforma da administração pública com a implantação de uma administração pública gerencial. (BRESSER-PEREIRA, 1995, s/p).

Ou seja, o estado abriria mão do seu papel de promotor direto da educação, da saúde e da cultura e passaria a atuar apenas como “regulador, facilitador ou financiador a fundo perdido” do desenvolvimento social.

A administração pública passaria a enfatizar uma administração pública profissional, nos moldes do setor privado. Como podemos perceber, essas propostas se contrapõem às concebidas para o SUS. O fato importante é que a promulgação da Constituição de 1988 encontra o Brasil no auge da crise fiscal e financeira e, mesmo assim, ampliou enormemente os direitos sociais, universalizando o direito à saúde, tornando seu atendimento integral, descentralizando a sua administração para os estados e municípios, priorizando as ações preventivas e criando um sistema estatal de saúde complementado pela iniciativa privada. Bresser Pereira (1995) denuncia a “Constituição Cidadã” como um “retrocesso burocrático”, ou seja, uma obstrução ao avanço das ideias neoliberais maquiadas pela proposta gerencialista.

O resultado prático desse ideário foi a implementação de um sistema de saúde altamente baseado no atendimento hospitalar em detrimento das ações de promoção e da saúde e de prevenção das doenças, além de um sistema hospitalar fortemente baseado no setor privado.

Este é o quadro que está posto para a saúde pública no Brasil e é com ele que os Conselhos de Saúde lidam em meio aos conflitos naturais dessa própria forma de organização.

1.1 Os Conselhos de Saúde como Forma de Participação Popular

Nas ciências política e econômica, a expressão “controle social” pode ser concebida como o controle do Estado sobre a população, sendo que este controle se dá em função da preservação dos interesses da classe dominante. Outra concepção para “controle social” seria a do controle de setores organizados da sociedade sobre o Estado em favor das classes subalternas. Uma concepção mais moderna para o controle social encara o Estado como um espaço de confrontação de ideias e projetos para a sociedade e de pactuação entre interesses divergentes ou convergentes nos diversos extratos sociais através da sociedade civil organizada.

Por essa concepção, o Estado teria o papel de promotor da pactuação e seria tanto o controlador quanto o controlado em relação à sociedade (CARVALHO, 1995).

As ideias do controle social na saúde, no Brasil, surgiram no bojo do movimento sanitário, no final da década de 70, e se desenvolveram durante o processo de redemocratização empreendido na década de 80. No caso da saúde, o controle social passou a ocorrer principalmente através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde - ambos organizados a partir da representação de vários extratos sociais ligados à questão da saúde. Neles, participam tanto representantes de usuários da saúde assim como empresários, trabalhadores, líderes comunitários e gestores. Exceto os representantes governamentais, todos os outros são necessariamente originados dos movimentos sociais com os quais devem estar articulados.

Esse sistema de controle social representa um aprimoramento da democracia representativa, permitindo uma maior participação popular na determinação das políticas públicas voltadas para a saúde. Entretanto, pressupõe uma sociedade civil organizada em sindicatos e demais entidades representativas dos anseios populares.

Atualmente, os Conselhos de Saúde estão implantados na quase totalidade dos municípios brasileiros, mas segundo Correia (2005), são muitos os limites impostos à efetivação dos objetivos do controle social. Dentre os quais, se destaca a tendência neoliberal para o desmonte da política de saúde concebida para o Sistema Único de Saúde (SUS). Outros fatores limitadores para o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde são:

- ingerência política na escolha dos conselheiros;
- falta de informação dos conselheiros;
- desarticulação dos conselheiros com as suas bases;
- fragilidade da mobilização das entidades representadas que, por sua vez, é reflexo da desmobilização da sociedade;
- cooptação de lideranças em troca de favores;
- pouca transparência dos gestores no uso dos recursos;
- manipulação dos Conselhos/conselheiros para legitimar gestões;
- pouca visibilidade social das ações dos conselhos;

- descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores;
- fragilidade do nível de organização dos movimentos populares e sindical;
- cultura arraigada de submissão na população brasileira;
- baixa representatividade e, conseqüentemente, pequena legitimidade dos conselheiros pela pouca organicidade em relação à sua base.

Com tantos limitadores, um observador pouco esclarecido poderia ser facilmente levado a acreditar que os Conselhos, ao invés de atuarem no controle social, podem estar servindo como forma de cooptação dos movimentos sociais para legitimar as políticas públicas propostas pelo gestor da saúde ou por membros mais articulados e bem informados. No entanto, essas limitações são uma decorrência natural do arrojo da proposta e do pequeno tempo decorrido da redemocratização desse país. A ditadura militar desorganizou os movimentos sociais e desmobilizou toda uma geração para o exercício da democracia. A construção de uma sociedade justa e democrática não é algo que se conquiste em pouco tempo. As vantagens proporcionadas pela possibilidade do controle social através da participação democrática na gestão da saúde sublinham a necessidade de correção das fragilidades acima mencionadas.

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 reitera a disposição constitucional de participação da comunidade na gestão do SUS e define que os recursos da saúde nas três esferas de governo serão depositados em uma conta específica e utilizados com a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. Isso garantiria o controle dos gastos públicos na saúde através da participação da comunidade organizada nos respectivos Conselhos. De maneira complementar, a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e define que o SUS contará com duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo, sem que se sobreponham ao Poder Legislativo e onde se dá de forma organizada a participação da comunidade, que são:

- Os Conselhos de Saúde são compostos por representantes de seguimentos organizados da sociedade e têm a missão de assessorar/fiscalizar a gestão municipal da saúde.
- As Conferências de Saúde são compostas por representantes de vários seguimentos da sociedade e se reúnem a cada quatro anos, ou extraordinariamente, quando convocadas pelos respectivos Conselhos de Saúde com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas públicas.

A Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS-SUS 01/2001) determina ainda que estados e municípios possam ser habilitados na condição de gestão plena dos sistemas de atenção básica ou de gestão plena do sistema municipal de saúde, entre outras responsabilidades, apenas com a comprovação do funcionamento pleno do conselho municipal de saúde e da aprovação por esse do Plano Municipal de Saúde.

Todavia, a mera existência legal dos Conselhos de Saúde não é capaz de garantir, por si só, o controle social. Para tal, é imprescindível que os movimentos sociais sejam atuantes e os conselheiros sejam plenos conhecedores dos problemas tratados nas reuniões deliberativas, das prerrogativas do Conselho de Saúde e do gestor da saúde, das fundamentações do Sistema Único de Saúde e da importância do seu papel como conselheiro.

A maior parte dos limitadores parece estar ligada de alguma forma à falta de informação dos conselheiros e dos participantes dos movimentos sociais que compõem o controle social da saúde. Desde a Conferência Nacional de Saúde de 1982, a formação de conselheiros tem sido apresentada como proposta nas sucessivas conferências. Na Conferência de 2000, constatou-se que os Conselhos de Saúde careciam, entre outras coisas, de formação para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo em controle social pouco efetivo. Disso, se concluiu que havia necessidade de promoção da formação dos conselheiros, abrangendo todos os municípios do país. Essa determinação foi parcialmente atendida pelo Ministério da Saúde, mas para sua continuidade, dada a dinâmica dos movimentos sociais, a alta rotatividade dos conselheiros em função da renovação de mandatos com a

consequente formação dos novos conselheiros, faz-se necessária a implementação de uma formação continuada desses agentes.

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em sua plenária um documento denominado “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS que consolidou todas as diretrizes para a formação do controle social até então formuladas em lei, no próprio Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde. Essas diretrizes estabelecem que a educação permanente para o controle social do SUS se dará através de processos formais de transmissão de conhecimento e fóruns de debates, tais como encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação a distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates, entre outros. Essas diretrizes recomendam também a utilização de metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo.

A construção coletiva do conhecimento baseia-se na prática concreta e real dos sujeitos, suas vivências e histórias, sugerindo a superação do “método bancário” de transmissão de saberes, com o uso da comunicação unilateral que transforma o aluno num mero receptor de teorias. Nesse processo de aprendizagem, deverão ser utilizadas dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexão referente à atuação dos conselheiros de saúde e dos sujeitos sociais e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração.

Uma proposta de educação presencial depara-se com a necessidade de deslocamentos de instrutores/multiplicadores e/ou conselheiros/membros de movimentos sociais, o que limita qualquer iniciativa de formação permanente no nível nacional devido à grande demanda de pessoal, tempo e recursos por parte dos potenciais alunos e dos movimentos sociais. Por isso, a modalidade de educação a distância através da Internet pode ser uma ferramenta capaz de dar conta dessas limitações de maneira eficiente e econômica, sem a perda de qualidade do processo educacional. Entretanto, a modalidade da educação *online* na formação dos conselheiros de saúde depara-se com os seguintes desafios:

- Acesso restrito à Internet, especialmente às formas mais velozes de conexão;

- Diversidade cultural do público-alvo para a formação, o que exigiria uma abordagem pedagógica customizada ao perfil dos alunos, dificultando a construção de um modelo capaz de atender todos os extratos culturais simultaneamente;
- Diversidade de interesses dos seguimentos sociais organizados no controle social, o que demanda abordagens programáticas voltadas para cada grupo específico;
- Diversidade de graus de organização dos movimentos sociais, resultando em expectativas de aprendizagem voltada a uma ampla gama de saberes;
- Diversidade dos níveis de escolaridade e das experiências individuais e coletivas dos conselheiros, requerendo cursos menos formais que possibilitem uma maior participação e troca de conhecimentos entre os conselheiros;
- Altas taxas de evasão da educação a distância, decorrentes da dificuldade nessa modalidade de ensino para manter o aluno motivado. A inadequação de abordagens ou de conteúdos agravaria muito essa questão, tornando pouco efetivo o alcance do esforço de formação.

Em acréscimo às Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, aprovadas pelo CNS, recomendam que o processo de formação ocorra de forma descentralizada, respeitando às especificidades e condições locais, considerando ainda o mundo de significação familiar, social e profissional dos participantes e utilizando-se de recursos voltados à reflexão crítica do conhecimento, habilidades, atitudes, hábitos e convicções dos conselheiros.

Os recursos da educação formal, presencial ou a distância, para o caso da formação de pessoas, que têm por missão a postura crítica sobre as práticas locais da saúde pública, corre o risco de reproduzir a visão hegemônica, ou fundamenta numa realidade muito distante dos problemas e das prioridades locais em saúde, e das formas de atuação da sociedade organizada local.

Os Conselhos de Saúde, apesar de terem sido conquistados na luta democrática e de se constituírem em um avanço da saúde sob um prisma contra-hegemônico, na prática, em muitas localidades servem como uma forma de legitimação do poder dominante e até mesmo de cooptação dos movimentos sociais para as causas que reforçam a dominação.

A legislação criou suficientes medidas de *empoderamento* das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde para garantir que estes assumissem o completo controle sobre as ações e os gastos do executivo na área de saúde sem, contudo, entrar na esfera de atuação do poder legislativo.

Então, em uma análise superficial, poderíamos buscar as razões para a inoperância ou mesmo a cooptação dos conselhos e dos movimentos sociais, explicando com a falta de experiência ou com a ausência de conhecimento sobre as formas de controle social possíveis a partir desses fóruns, ou mesmo pela falta de cultura ou de informação. Sobre cada um desses pontos cabe uma longa discussão que resultaria, sem dúvida, em propostas mitigadoras do problema. Contudo, optamos aqui por apontar a alienação decorrente da divisão social do trabalho e da venda pelo trabalhador da sua força de trabalho ao capital, como estando na raiz de todos os outros problemas. Esta teoria, proposta por Marx, e segundo Mézaros (2006) compreende quatro aspectos fundamentais: a alienação do homem em relação à natureza (ao produto do seu trabalho); a alienação do homem em relação a si mesmo (a sua própria atividade); a alienação do homem em relação ao seu ser genérico (a condição humana); e a alienação do homem em relação aos outros homens. A alienação vincula-se à divisão do trabalho e à propriedade privada e fornece os fundamentos de outras formas de alienação social.

Segundo Konder (2009), Marx verificou que, numa sociedade voltada para a produção de mercadorias, se manifesta uma cisão entre o produto e o produtor; e a mercadoria passa a impor suas exigências e seus valores ao mundo dos produtores. “quanto mais o trabalhador produz mercadorias, mas se transforma a si mesmo em mercadoria... A desvalorização do homem aumenta a razão da valorização dos objetos” (KONDER, 2009)

Marx complementa ao afirmar que a alienação em uma sociedade dividida em classes acaba por atingir a todos os indivíduos, tanto explorados como exploradores. O trabalho, longe de ser objeto de prazer e realização, passa a ser visto como algo mortificante. A realidade torna-se hostil, frente aos olhos do trabalhador, e o que

poderia ser uma atividade potencialmente criadora passa a ser visto como um meio de subsistência

No trabalho alienado, o homem não se separa apenas do produto do seu trabalho e do seu próprio trabalho, aliena-se de si próprio em sua condição humana e de seus semelhantes, de seu ser como membro da espécie humana.

Como já discutimos é importante ressaltar o conceito de saúde/doença e a consequente forma de abordagem da saúde pública pelo estado ao longo da história sofre influência dos interesses das classes dominantes e de sua forma de produção de riqueza. Essas influências não se dão de uma forma articulada, muito pelo contrário, vão se consubstanciando ao longo do tempo por ações isoladas referendadas quase sempre pelo conjunto da sociedade entorpecida pela alienação.

Observamos isso, atualmente, ao acompanharmos a luta de muitos municípios que nem mesmo possuem saneamento básico ou atendimento básico de saúde e, no entanto, demandam pela construção de hospitais ou de atendimento médico altamente especializado. Vemos o foco das demandas voltadas muito mais para as doenças do que para a promoção da saúde, da melhoria das condições de trabalho, moradia, lazer e educação. Ao fazerem isso, estão na verdade investindo na ampliação do aparelho produtivo, na visão da saúde como uma mercadoria que se pode vender/comprar e não, necessariamente, na melhoria das condições de saúde da população. Este é apenas um exemplo das distorções que a alienação é capaz de provocar, deslocando as lutas para interesses conflitantes com a realidade da classe trabalhadora para aqueles que reproduzem do capital e ampliam e exploração.

Desalienar no caso significa romper com a lógica do capital que vê a saúde como uma mercadoria e pensar a saúde sobre o ponto de vista do trabalhador, algo complexo dentro do sistema capitalista, mas possível quando se vislumbra uma educação que não reproduza o pensamento hegemônico do capital e, nesse sentido, as Comunidades de Prática cabem perfeitamente, por se basearem no aprendizado comum e questionador. Na livre discussão de ideias e posicionamentos.

1.2 Conselhos de Saúde e Controle Social

Pensar o sistema de saúde brasileiro depois da Constituição de 1988, incluindo como seu pressuposto fundamental a saúde como direito significa pensá-lo como consequência de uma participação política, livre e igualitária de todos os cidadãos envolvidos. Para discutir esse assunto à luz da democracia, escolhemos como referencial teórico a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, que oferece um conceito amplo e bem fundamentado de democracia, entendida como a institucionalização dos processos discursivos de formação da opinião e da vontade dos indivíduos. Segundo a Teoria da Ação Comunicativa, “a linguagem é fundamento de todo pensamento, e segundo o qual não há saber humano possível que não se expresse pela linguagem” (HABERMAS *apud* BATISTA, MELO, 2011)

Como nos explicam Batista e Melo (2011)

(...) para Habermas, o entendimento do significado de uma expressão linguística vem entrelaçado com o uso comunicativo dela e de seus desdobramentos. Nenhum sujeito poderia saber o que significa entender o significado de uma expressão linguística, caso não soubesse como se servir dela para entender-se com alguém sobre algo (BATISTA, MELO, 2011, p.339).

No processo de construção dos marcos referenciais da saúde, um dos temas centrais foi a inclusão da participação da sociedade como princípio norteador da reforma sanitária. Esta proposição foi afirmada no texto da Constituição Federal de 1988 e implementada a partir da Lei 8.142/90 com a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, sendo estes fóruns destinados a participação na gestão do SUS. (CORREIA, 2005)

As Conferências de Saúde possuem dentro da estrutura organizacional do SUS, desde a promulgação da Lei n. 8.080, de 1990, juntamente com os Conselhos de Saúde, a condição de instâncias formais para o exercício do princípio de participação popular. Esses instrumentos têm como perspectiva a definição de diretrizes para as políticas de saúde, através da participação dos diferentes atores e segmentos implicados no processo de democratização da saúde no Brasil. (GUIZARDI *et. al*, 2004)

A evolução do termo participação popular para controle social na política pública de saúde, segundo Carvalho (1995), ocorreu ainda durante década de 1980

com as comissões interinstitucionais, disseminando-se pelo país em diferentes graus de atividade. O termo “controle social” tem múltiplos aspectos e interpretações, sendo esta expressão utilizada por diversos campos, além da saúde, como a sociologia, a psicologia, a ciência política.

Para Viana, Cavalcanti e Cabral (2009):

(...) O cumprimento desses papéis (participação - social, da comunidade, controle social (leia-se da sociedade), gestão participativa) tem sido examinado por uma pujante literatura produzida na área de saúde coletiva, literatura que busca principalmente avaliar ou discutir a efetividade das instâncias criadas para dar voz à chamada sociedade civil, em especial os Conselhos Municipais de Saúde (p. 220).

No contexto da saúde pública brasileira, o controle social defendido pelo SUS está embasado em leis federais que dão o suporte ao exercício da cidadania, através dos conselheiros e das conferências, sobre recursos públicos aplicados na área da saúde, buscando “a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão de políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade” (CORREIA, 2005)

(...)esta participação da sociedade deve transcender a extensão executiva e burocrática, passando a ser pensada como um processo contínuo de democratização, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, onde o sujeito-cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde.” (COTTA, CAZAL, RODRIGUES, 2009, p. 420).

O controle social seria algo exercido desde a formulação e avaliação das políticas ao controle de gastos e contas, tendo o sentido de ampliar a participação da sociedade civil, qualificar a democracia e garantir o poder de influência da sociedade em todas as esferas de decisão do setor saúde, desde a gestão aos serviços e ações do sistema. (PEDROSA, PEREIRA, 2007)

Segundo Correia (2005), o campo da saúde foi pioneiro na regulamentação e implementação da participação social na formulação de políticas públicas e o controle da sociedade organizada sobre o Estado. Posteriormente, outras áreas, como o urbanismo, também adotaram esse modelo de participação popular nas decisões e controle das ações do Estado. Esses esforços visavam promover o amadurecimento da sociedade para agir contra e superar a antiga cultura subalterna ainda presente na sociedade brasileira. Esses esforços centravam-se,

principalmente, num processo contínuo de informação e formação sociopolítica. Como Habermas afirmava em sua Teoria da Ação Comunicativa (1987), a linguagem é fundamental para que o ser humano possa se expressar e participar da sociedade em que vive.

Valla e Stotz (1993) defendem o pressuposto de que a participação popular deve ser institucionalizada nos órgãos e serviços do Estado. Segundo os autores, a participação popular é o instrumento de governo mais adequado para construir um regime democrático. Para eles, o Estado deve criar um "conjunto de mecanismos participativos, visando à incorporação dos cidadãos aos programas de governo local". A participação em Conselhos Municipais pode ser entendida por meio dessa abordagem de Valla e Stotz (1993), que chamam atenção para a contradição existente nessa forma de participação, que, de um lado, legitima a política do Estado diante da população e, de outro, significa um canal para as entidades populares disputarem o controle e a destinação da verba pública (PRESOTO, WESTPHAL, 2005).

Embora a saúde tenha sido pioneira nessa visão da participação social em comparação a outras áreas da sociedade na formulação de políticas públicas, o caminho já trilhado e aquele ainda a ser percorrido não são nada fáceis e muito menos curtos. No relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde realizada em 2000 (p. 15) apontava o seguinte: "Os conselhos de saúde carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo", lembrando-se que 12 anos já haviam sido transcorridos desde a Constituição de 1988 que abordava o tema participação e controle social.

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), ao analisarem a formação e capacitação dos conselheiros de Viçosa, na zona da mata de Minas Gerais entre abril e julho de 2006, ilustram bem esses apontamentos da XI Conferência Nacional de Saúde. Segundo os dados desses autores, 79,4% dos conselheiros desse município nunca receberam capacitação e 85% relataram sentir necessidade de ser capacitados para atuar no Conselho. Os pesquisadores observaram ainda que 41,2% de conselheiros desconheciam o Regimento Interno do próprio Conselho, o que poderia estar dificultando o exercício de suas competências. O Plano Municipal de Saúde não era utilizado como um instrumento de consulta para avaliação das ações e serviços de saúde pelos conselheiros, pois a maioria (73,5%) afirmou que ainda não tinha lido-o.

A possibilidade de os conselheiros contribuírem para fiscalizar as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo de Saúde Municipal se tornava bastante restrita, pois 67,6% dos entrevistados não sabiam analisar o Relatório de Gestão. Este é apenas um exemplo de um município da região Sudeste, cujos conselheiros foram pesquisados. Diante desses resultados, podemos imaginar como esse panorama poderia ser espelhado no restante do país.

1.3 Capacitação nos Conselhos de Saúde

São praticamente 30 anos desde a criação do SUS e a capacitação continua sendo um dos gargalos para a efetiva participação e, por conseguinte, o controle social.

Desde a CNS de 1982, a formação e capacitação de conselheiros têm sido apresentadas como propostas nas sucessivas conferências, por se considerar item indispensável ao próprio funcionamento do SUS.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional da Saúde já tratava do tema. Entre suas conclusões, apontava não apenas a formação, mas também a reciclagem permanente dos profissionais e recomendava que a formação deveria estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado. Essas diretrizes acabaram sendo absorvidas pela Constituição. O Inciso III do artigo 200 trata de algumas das atribuições SUS, nos termos da Lei e determina: “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde”. Já o inciso seguinte incentiva o “incremento em sua área de atuação do desenvolvimento científico e tecnológico”.

Apenas dois anos após a promulgação da Constituição, a Lei Orgânica da Saúde (1990), volta a mencionar a formação de recursos humanos e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Em seu artigo 14, determina que “deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior” e esmiuça que deverão ser propostos “métodos e estratégias para a formação e educação continuada de recursos humanos em saúde” Segundo Ceccim, Armani e Rocha (2002), essa formação de recursos humanos deve ter como responsáveis as diferentes esferas governamentais.

As IX e X CNS, respectivamente realizadas em 1992 e 1996, também trataram do assunto, ressaltando a importância da formação continuada dos profissionais no sentido de se fortalecer o próprio SUS.

Em 2000, durante a XI Conferência, constatou-se que os Conselhos de Saúde careciam, entre outros itens, de formação para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo em controle social pouco efetivo. Disso, se concluiu que havia necessidade de promoção da formação dos conselheiros, abrangendo todos os municípios do país. Essa determinação foi atendida em parte pelo Ministério da Saúde, em virtude da própria dinâmica dos movimentos sociais, da alta rotatividade dos conselheiros em função da renovação de mandatos com a consequente formação dos novos conselheiros, era necessária uma reciclagem contínua.

Esta Conferência, além de críticas à falta de estrutura e capacitação, aprovou uma proposição que visava “articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde e Pólos de Educação em Saúde para disponibilizar periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas gerais para a melhoria de saúde” (CECCIM, ARMANI, ROCHA, 2002).

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresentou em sua plenária um documento denominado “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS que consolidou todas as diretrizes para a formação do controle social até então formuladas em lei, no próprio Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde. Essas diretrizes estabelecem que a educação permanente para o controle social do SUS se daria através de processos formais de transmissão de conhecimento e fóruns de debates, tais como encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação a distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates. Essas diretrizes recomendavam também a utilização de metodologias que buscassem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo.

Embora haja recomendações suficientes sobre a importância de capacitação no SUS em diferentes instâncias e colegiados, por outro lado, como ressaltam Gaedtke e Grisotti (2011), vários estudos abordam o desconhecimento

dos conselheiros sobre o seu papel, o que seria uma das possíveis causas da pouca participação. Assim, conclui-se que há um longo caminho a ser percorrido..

Nesse sentido, acreditamos que a questão ainda merece reflexões como: será que os conselheiros desejam se capacitar? Caso sim, como e para que capacitá-los? e será que a Internet poderia trazer subsídios para uma capacitação efetiva? A seguir, discutiremos alguns aspectos e características de uma comunidade de prática (CoP) como possível ferramenta para a capacitação e, posteriormente, se esta seria válida para aplicação junto a conselheiros de saúde.

2 COMUNIDADES VIRTUAIS: TEORIA À PRÁTICA COTIDIANA. DOS MITOS À REALIDADE

O vertiginoso crescimento da Internet nas duas últimas décadas, fez surgir em seu bojo novas formas de sociabilidade humana, proporcionadas pela maior facilidade de comunicação e pela possibilidade das pessoas se interconectarem em rede. Essa nova sociedade em rede (CASTELLS, 1999), em seus primeiros anos, conectava um relativamente pequeno número de aficionados, muitos dos quais ligados à própria área de informática. Sob esse prisma, foram feitas as primeiras análises e prognósticos sobre o futuro das relações sociais da sociedade interligada no ciberespaço. Howard Rheingold (1993) fez parte desse primeiro time, e repercutiu empolgadamente em seu livro, as experiências que viveu com as comunidades virtuais, de forma que seus escritos se tornaram referência para os que vieram, posteriormente, incorporar novas observações sobre o assunto.

Rheingold (1993) não foi profético em sua obra quanto ao futuro das comunidades virtuais e nem ao menos tentou se aprofundar nos estudos sociológicos sobre as comunidades virtuais. Apenas fez uma fotografia precisa e bastante detalhada em 1993, sobre as experiências e descobertas que a humanidade fazia em relação às emergentes comunidades virtuais e do potencial que a tecnologia oferecia para tornar os homens mais próximos. A análise de Rheingold (1993) sobre o que estava acontecendo esclareceu muito dos mitos que se formavam e fez um alerta em relação a alguns perigos para os quais a sociedade deveria estar atenta. No entanto, ainda era muito cedo para que pudesse fazer uma análise do real impacto que o ciberespaço viria a ter sobre a humanidade, ou melhor, muitas das análises foram feitas sob a perspectiva da quantidade, do perfil dos usuários e do tipo de utilização que se dava naquela época para Internet. Algumas indagações, porém, persistiram à espera de estudos sociológicos que pudessem nos revelar a dimensão das transformações sociais decorrentes do ciberespaço.

O crescimento explosivo no número de pessoas conectadas e a diversidade no uso da Internet se deram após a criação da *World Wide Web* (web), em 1993. A partir daí, inúmeros sociólogos se debruçaram sobre a questão, tendo um vasto material para suas observações. No entanto, muitos dos mitos surgidos nos tempos

pioneiros ainda persistem, apesar das pesquisas científicas já permitirem variadas conclusões reveladoras.

Castells, no livro *A Galáxia da Internet* (2001), inicia o capítulo que trata sobre comunidades virtuais com a indagação título “Comunidades virtuais ou sociedade em rede?” e mais adiante, no mesmo livro, afirma que a noção de comunidades virtuais proposta pelos primeiros estudiosos do assunto, ao mesmo tempo em que teve a virtude de chamar a atenção para os novos suportes tecnológicos no sentido da sociabilidade, gerou confusão ao designar como comunidades esses grupos formados na Internet. Dessa forma, apropriou-se de um termo utilizado para outra forma de agregação social. A partir daí, não foi difícil que surgisse a suposição aparentemente lógica de que as comunidades virtuais sucederiam as comunidades do universo físico e, em função disso, estaria induzindo as pessoas ao isolamento, a ruptura com a sociedade e até com a realidade.

Para compreender o significado das comunidades virtuais na atualidade e sua relação com as comunidades e a sociedade, pretendemos fazer uma breve revisão das teorias sociológicas que fundamentam os conceitos de comunidade e de sociedade. Além disso, também procuramos traçar uma revisão dos conceitos formulados por alguns sociólogos em relação aos efeitos da urbanização e da revolução informacional sobre as comunidades tradicionais e as novas formas de sociabilidade decorrentes.

O conceito de comunidade é algo ainda um tanto controverso entre os que pesquisaram o assunto, não havendo, portanto, nas ciências sociais, uma apreciação única e sim conceituações que enfocam os diversos aspectos pelos quais essa questão pode ser observada.

De forma geral, as comunidades são constituídas por pessoas que vivem dentro de uma determinada área e/ou que são ligadas por objetivos, crenças, aspirações, reconhecimento e compreensão em comum. No entanto, segundo Robert E. Park (*apud* FERREIRA, 1968), nem todas as pessoas que atendem a essas condições constituem comunidades. É necessário para tal, que exista a comunicação viabilizando a interação e a vida social que, por sua vez, cria condições para a prática da interdependência, da cooperação, da colaboração e da unificação, para identificar uma comunidade em um determinado grupo de pessoas.

Segundo Ferreira (1968), os limites dessa área que circunscreve uma comunidade "são tão amplos quanto à interdependência entre os que a compõe, sob

pontos de vista econômicos e sociais, e não se confundem necessariamente com os limites administrativos e políticos".

Essa forma de conceituar uma comunidade dá margem para considerarmos as comunidades virtuais como uma forma de comunidade organizada no ciberespaço. No entanto, esse conceito para comunidade aceito no serviço social, não é o mesmo reconhecido pela sociologia, onde encontramos definições variando conforme o aspecto que o pesquisador desejou focar em seu estudo.

Segundo Louis Wirth (1973), "existem três conceitos básicos em torno dos quais têm girado muitos debates teóricos na sociologia: "grupos sociais", "comunidade" e "sociedade". Ainda segundo Wirth (1973), "pode-se conceber a expressão "grupo social" como a mais ampla, a mais descolorida e a de sentido mais geral das três, e referente a qualquer agregação ou associação de homens que, de certo modo, possamos qualificar como da mesma classe e com unidade própria." Comunidade e sociedade seriam ordens distintas e destinadas a compreender aspectos específicos dos grupos sociais. Na verdade, ambos podem estar relacionados ao mesmo grupo social, pois esses são aspectos de toda a vida grupal e mutuamente se completam.

De acordo com Brancaleone (2009), foi Ferdinand Tönnies (1855-1936), em 1887, quem primeiro abordou de forma direta essa questão, na obra intitulada "Gemeinschaft und Gesellschaft", onde enfatizou o impacto da modernização e degeneração da social estrutura na natureza da comunidade. O autor observou a insurgente sociedade industrial urbana em contraste com as sociedades pré-industriais, associando a estas a dicotomia entre comunidade e sociedade. Tönnies (1887) identificou todas as relações sociais como criações da vontade humana que pode ser a "vontade essencial", que é a tendência básica, instintiva, espontânea, irrefletida, orgânica, que impulsiona a atividade humana, e a "vontade arbitrária", que é a forma de volição deliberada, reflexiva e finalista, capaz de determinar a atividade humana em relação ao futuro. Tönnies (1887) comungava da noção Aristotélica do homem como animal gregário, de modo que as ações oriundas das vontades e suas forças, quando no sentido de conservação ou de destruição, formariam uma união. Esta, quando dirigida predominantemente pela vontade natural seria então caracterizada como **comunidade**, traduzida de termo alemão "gemeinschaft", onde tem uma conotação que sugere unidade moral, raiz, intimidade e afinidade. A vontade humana pode, entretanto, ser guiada por outras motivações, e quando

assume caráter deliberativo, propositório e racional, é então vontade arbitrária. Assim, uma união de homens dirigida predominantemente pela vontade arbitrária foi denominada por Tönnies (1887) como **sociedade** ou associação (*gesellschaft*).

Segundo Tönnies (1887), comunidade é uma forma social caracterizada por relações pessoais com intenso espírito emocional, e constituída pela cooperação, costumes e pela religião. É proporcionada por um relacionamento local, coeso, duradouro, íntimo e face a face. Essa organização social é encontrada na família, na aldeia, e em pequenas comunidades urbanas. A sociedade é uma organização de grande escala, impessoal e de prudentes relações, que tendem a ser fracas e baseadas na “não afinidade”, na impessoalidade, nos interesses particulares, no direito e na opinião pública como ocorre na grande cidade, no estado ou na nação.

A comunidade seria para Tönnies (1887), o estado ideal dos grupos humanos e a sociedade, por outro lado, seria a sua corrupção. A noção de perda da comunidade foi central em seus trabalhos. Ele achava que a industrialização poderia resultar na destruição da “*gemeinschaft*” (comunidade) e no aumento da “*gesellschaft*” (associação) e, com isso, as classes sociais se tornariam segregadas e as pessoas isoladas umas das outras, distanciando-se das suas comunidades.

Essa dicotomia entre comunidade e sociedade adotada por Tönnies foi aceita em variados contextos por outros sociólogos como Max Weber (1973) e Maclver (1944). No entanto, o próprio Tönnies, em trabalho posterior, reconheceu desconhecer qualquer estado de cultura ou sociedade em que elementos de “*gemeinschaft*” e de “*gesellschaft*” não estivessem simultaneamente presentes.

Segundo Recuero (2001), Émile Durkheim escreveu, pouco após a publicação de “*Gemeinschaft Ud Gesellschaft*”, uma resenha sobre a obra de Tönnies. Nessa resenha, criticou a ideia de que a sociedade seria uma corrupção do conceito de comunidade em decorrência do processo de industrialização. Para Durkheim, tanto uma quanto outra teria caráter natural e essa diferenciação só teria sido observada por Tönnies em função do seu método de observar os fenômenos sociais na sua forma pura e ideal. Ainda segundo Recuero (2001), Durkheim observou essa mesma dicotomia observada por Tönnies, enfatizando o tradicional versus o moderno nas relações sociais como o determinante de duas formas de solidariedade: a mecânica, mais antiga e caracterizada nas sociedades pré-industriais e baseada em similaridades e na localização compartilhada; e a orgânica, baseada nas diferenças e nos interesses compartilhados. A substituição de um tipo de solidariedade pela

outra, segundo Durkheim, se deveu a complexidade das relações sociais proporcionada pelo crescente aumento da divisão do trabalho, fazendo emergir a solidariedade orgânica, onde os valores são realçados individualmente.

Maclver (1944) faz uma diferenciação entre sociedade, comunidade e a associação. A sociedade para Maclver é “o mais geral desses termos. É o padrão das relações sociais em mutação constante e consiste de um sistema de costumes e processos, de autoridade e auxílio mútuo, de muitos agrupamentos e divisões, de controles do comportamento humano e das liberdades”... “que liberta e limita as atividades dos homens e que estabelece padrões que eles devem seguir e manter”.

O autor reafirma o postulado Aristotélico de que o homem é um animal social e acrescenta que:

(...) o homem depende da sociedade para sua proteção, conforto, alimentação, educação, equipamento etc. Ele depende dela para satisfazer seus pensamentos, sonhos, aspirações e até mesmo muitas doenças do espírito e do corpo. Seu nascimento na sociedade traz consigo a própria necessidade absoluta da sociedade (MACIVER, 1944, p.121).

Já comunidade, significa para Maclver (1944)

(...) o termo que aplicamos a um povoamento de pioneiros, uma aldeia, cidade, tribo ou uma nação. Onde quer que os membros de qualquer grupo, pequeno ou grande, vivam juntos e de modo tal que partilhem, não desse ou daquele interesse, mas das condições básicas de uma vida em comum (p. 122). [...] O que caracteriza uma comunidade é que a vida de alguém pode ser totalmente vivida dentro dela. Não se pode viver inteiramente dentro de uma empresa comercial ou de uma igreja. No entanto, pode-se viver inteiramente dentro de uma tribo ou uma cidade. O critério básico de uma comunidade, portanto, está em que todas as relações de alguém podem ser encontradas dentro dela (MACIVER, 1944, p.122).

Isso não quer dizer que todas as comunidades tenham que ser auto-suficientes. Uma comunidade, assim, não está necessariamente circunscrita aos limites políticos, “podemos viver em uma grande metrópole e sermos membros de uma comunidade muito pequena ou vivermos numa aldeia e pertencermos a uma comunidade tão grande quanto à área de nossa civilização.” (MACIVER, 1944).

Segundo este autor, uma comunidade é uma área de vida social onde existe certo grau de coesão social, e é baseada, concomitantemente, em dois princípios: a localidade e o sentimento de comunidade. O primeiro determina que a uma comunidade corresponda sempre um território exclusivo, ou seja, existe nessas uma relação entre coesão social e área geográfica. O “sentimento de comunidade” pode

ser traduzido como o sentimento de co-participação na comunidade. Ele explica esse conceito ao exemplificar um condomínio de apartamento onde falte aos inquilinos suficiente contato ou identificação com os problemas em comum. Nele, embora esses vizinhos estejam circunscritos a uma área, não se poderia dizer que formam uma comunidade.

As “associações”, segundo ele, são grupos organizados que visam atingir certo interesse ou conjunto de interesses em comum. Uma associação não é uma comunidade e sim uma organização dentro de uma comunidade, pois uma comunidade é mais que quaisquer organizações que nela surjam.

Para Weber (1973), “comunidade é uma relação social quando a atitude na ação social – no caso particular, em termo médio ou no tipo puro – inspira-se no sentimento subjetivo (afetivo ou tradicional) dos partícipes da constituição de um todo.” A comunidade pode apoiar-se em toda espécie de fundamentos, afetivos, emotivos ou tradicionais. O autor cita como exemplos uma relação erótica, uma relação de piedade, uma comunidade nacional, uma tropa unida por sentimentos de camaradagem. A “sociedade” para Weber (1973) é uma relação social onde a atitude dessa ação se inspira numa compensação de interesses por motivos racionais (de fins e valores) ou também uma união de interesses com idêntica motivação. Para ele, comunidade e sociedade não são alternativas de integração do indivíduo nas estruturas sociais, nem tampouco conceitos que se excluem mutuamente, já que a maioria das relações sociais participa tanto da sociedade quanto da comunidade.

Embora os conceitos de Weber (1973) para comunidade e sociedade sejam semelhantes aos propostos por Tönnies (1887), neles já não se observa a necessidade de referência territorial para a comunidade.

Hans Freyer (1973) afirmava não ser uma definição sociológica o conceito que designa como comunidade “toda vinculação íntima, próxima e anímica entre homens, ou divisá-la sempre que não é um objetivo expresso o que une os homens.” Freyer (1973) concebe a comunidade como “um mundo vital, que é essencialmente unidade e que circunda os homens de um horizonte comum, reúne o grupo inteiro em um grande “nós”. Esse mundo constitui o espaço inevitável em que todos vivem e que, ao mesmo tempo, vive em todos e, ao qual, todos se acham vinculados. Todo acontecer essencial nesse espaço não afeta aos indivíduos enquanto tais, mas ao “nós” da comunidade. A comunidade não pode dissolver-se em uma trama de

relações entre os seus membros em um momento determinado, nem pode compreender-se como um sistema de partes dissociáveis proporcionadas ao indivíduo isolado.”

Freyer (1973) explica a sociedade da mesma forma que Maclver (1944) com dois sentidos distintos, sendo um amplo e o outro estrito. No sentido amplo, significa “a totalidade dos fatos sociais, o objeto da sociologia em absoluto: a vida social”. No sentido estrito, sociedade é um corpo cujo caráter distintivo é a dominação. Para Freyer (1973), a sociedade surge pelo fato de que o princípio da dominação penetra no mundo das comunidades primitivas.

Os autores definem comunidade como “o termo aplicado a sociedades e grupos sociais onde são considerados do ponto de vista da distribuição geográfica dos indivíduos e instituições de que são compostas. Segue-se que toda comunidade é uma sociedade, mas nem toda sociedade é uma comunidade. Um indivíduo pode pertencer a vários grupos sociais, mas ordinariamente não pertencerá a mais de uma comunidade, exceto quando uma comunidade menor, da qual ele é membro, está contida dentro de uma comunidade maior.” Park & Burgess (1973) seguem afirmando que para fazer parte de uma comunidade não basta viver na área compreendida por ela, é preciso também participar da sua vida comum. Já sociedade é definida como a herança social do hábito e sentimento, tradições e costumes, técnica e cultura, todos sendo próprios ou necessários ao comportamento humano coletivo.

Não foi nosso propósito esgotar as diversas visões que a sociologia clássica obteve sobre essa questão tão central para os estudos das temáticas que são as comunidades e a sociedade, porém com esta descrição, já é possível relacionarmos as condições básicas para a existência de uma comunidade:

- Uma vida em comum marcada por relacionamentos e interações intensos;
- Cultura em comum, incluindo o idioma;
- Identidade natural e espontânea entre os interesses dos seus membros;
- Sentimento de pertencimento;
- Participação ativa dos membros na vida da comunidade;

- Um território específico;
- Auto-suficiência (as relações sociais podem ser satisfeitas dentro da comunidade);
- Objetivos comuns.

Segundo Fichter (1973), comunidade é essencialmente “ligada ao solo”, no sentido de que os indivíduos vivem permanentemente numa dada área e tem consciência de pertencer tanto ao grupo como ao lugar. Apesar dessa condição da territorialidade estar presente na maioria dos pesquisadores que abordaram a questão (não em todos), a única explicação que se encontra para tal é a observação feita por Tönnies (1887) sobre as comunidades rurais em comparação com as sociedades urbanas. Daí, a condição de territorialidade para que a comunidade se estabeleça e mantenha uma relação que permita a manutenção das demais condições para uma comunidade. Por isso, para Tönnies (1887), a industrialização e a conseqüente urbanização significariam a “morte da comunidade”. No entanto, a própria sociologia clássica, inclusive o próprio autor, admitiria posteriormente a coexistência de características da comunidade, concomitantemente, com as da sociedade no mesmo grupo social. Então, como se dariam nas grandes cidades as condições para existência da comunidade, já que nessas o espírito de vizinhança se dá de uma forma infinitamente mais fraca do que na aldeia ou pequena cidade onde todos se conhecem? Rheingold (1993) responde essa questão ao citar Ray Oldenburg em seu livro *Comunidade virtual*, ao justificar a ascensão das comunidades virtuais: Oldenburg (1989) propõe no livro “*The Great Good Place*” a existência de três lugares essenciais na vida: o lugar onde vivemos, o lugar onde trabalhamos e onde nos reunimos para conviver, tais como a praça, o salão de beleza, o bar etc. Para ele, são nesses “terceiros lugares” onde a comunidade se consoma e se mantém. Então foram esses “terceiros lugares que permitiram que a sociedade moderna mantivesse forte a comunidade na medida em que permitia às pessoas o senso de lugar comum, de **território** comum, onde é possível a convivência, a troca de experiências e a transmissão dos valores comuns.

Ocorre que o que era uma verdade para Tönnies (1887), nos primórdios da revolução industrial, vem se acirrando na sociedade moderna em função da perda desses “terceiros lugares” não apenas por causa do crescimento desordenado das grandes cidades, mas também do aumento das atrações dentro das próprias

residências. Ao mesmo tempo em que os lugares de convívio foram desaparecendo, o desenvolvimento das comunicações e dos transportes foi contribuindo para que a noção de territorialidade fosse paulatinamente modificada. O indivíduo deixou de pertencer a um território restrito onde vivia, trabalhava e tinha o lazer. Nessa nova dimensão territorial já não era possível a vida em comum, marcada por relacionamento e interação intensos como deve ocorrer em uma comunidade.

A partir do pós-guerra, a tecnologia da comunicação e, posteriormente, a de informática tiveram um acelerado e contínuo desenvolvimento, desembocando no que se convencionou chamar por revolução da tecnologia da informação. Essa revolução resultou em novas formas de sociabilidade.

Para Zygmunt Bauman (2001), a comunidade se caracteriza por um entendimento compartilhado entre todos os seus membros, mas não um consenso porque esse seria um acordo alcançado por pessoas com opiniões diferentes. Ao passo que na comunidade, o entendimento “precede todos os acordos ou desacordos”... “não é um ponto de chegada, mas um ponto de partida de toda união, a vontade real é própria daqueles que se unem”, e graças a esse entendimento, e somente a esse entendimento, que as pessoas permanecem essencialmente unidas a despeito de todos os fatores que as separam. E por ser tão evidente e natural, o entendimento que cria a comunidade passa despercebido.” Por outro lado, quando para o grupo social, esse entendimento se torna autoconsciente, então é porque aí já não existe mais a comunidade. Entretanto, ainda segundo Bauman (2001), a comunidade só permanece fiel a sua natureza à medida em que permanece distinta de outros grupamentos humanos, e essa condição começou a se degenerar quando a comunicação entre a comunidade e o “mundo exterior” se intensificou primeiramente pelo desenvolvimento dos meios de transporte, depois com o desenvolvimento das comunicações e, por fim, com o advento da Internet.

(...)A partir do momento em que a informação passa a viajar independente dos seus portadores, e numa velocidade muito além da capacidade dos meios mais avançados de transporte, as fronteiras da comunidade não podem mais ser estabelecidas e nem mantidas. (BAUMAN, 2001, p. 18 e 19)

E uma vez perdida a comunidade, ela não pode nunca mais ser recuperada. Em Bauman (2001), a busca pela identidade vem substituindo a comunidade e a solitária construção da identidade leva as pessoas a procurar alternativas de sociabilidade que acabam chamando de comunidades.

Peruzzo (2002) explica em seu artigo que o termo “comunidade” passou a ser utilizado nos anos recentes em várias perspectivas e sem rigor conceitual, servido para referenciar qualquer tipo de agregação social. Por vezes, empregado como sinônimo de sociedade, organização social, grupos sociais, sistema social ou segmentos sociais tais como Comunidades Eclesiais de Base, comunidade acadêmica, da informação etc. Por fim, usa-se também esse termo para designar os grupos de interesses afins conectados no ciberespaço. A autora afirma ainda que essa utilização indistinta do termo evidencia a complexidade da organização social atual, com várias formas de agregação social que portam algumas características do perfil comunitário.

Segundo Castells (1999), a tecnologia não determina a sociedade, porém a sua existência ou a sua falta incorpora a capacidade de transformação das sociedades bem como os usos que a sociedade decide dar ao seu potencial tecnológico. Assim, foi com a Rede Mundial de Computadores: resultante do amadurecimento e da convergência das tecnologias de telecomunicação e de informática, a Internet foi desenvolvida pelo Departamento de Defesa Americano, dentro do projeto Arpanet, em 1969. Seu objetivo era interligar computadores em uma rede descentralizada, capaz de manter a sua funcionalidade na hipótese de um ataque nuclear no contexto da guerra fria. Essa rede, que foi concebida unicamente para o intercâmbio de arquivos entre computadores de grande porte situados em centros de pesquisa dispersos nos Estados Unidos, logo passou a ser usada também para a troca de mensagens e, posteriormente, para suportar comunidades virtuais. O mesmo se deu com o projeto francês denominado Minitel, que foi concebido, no início da década de 80, para informatizar a lista telefônica e, tão logo os usuários perceberam que a mesma tecnologia poderia ser utilizada para estabelecer comunidades virtuais, passaram a fazê-lo com tal vigor que acabou desvirtuando o projeto original. Segundo as observações de Rheingold (1993), todas as vezes que o homem, nos mais diversos lugares do mundo, teve a tecnologia disponível a um custo razoável, ele a utilizou de forma não planejada para estabelecer comunidades virtuais.

O termo “comunidade virtual”, para designar essa forma de agregação social ocorrida através da Internet, foi empregado inicialmente por Howard Rheingold (1993) para descrever os “agregados sociais surgidos na rede, quando os intervenientes de um debate o levam adiante em número e sentimento suficientes para formarem teias

de relações pessoais no ciberespaço”. Esses debates são efetivados através de software que simula ambientes de fórum de discussão, quadro de avisos ou outros ambientes onde as pessoas podem interagir de forma síncrona ou assíncrona. Mas nem todos os ambientes virtuais onde ocorrem trocas de informações ou debates podem ser considerados uma comunidade virtual, já que para isso é necessário que ocorra o sentimento de pertencimento, e que as trocas virtuais resultem num clima de camaradagem.

O termo ciberespaço foi cunhado pelo escritor de ficção científica William Gibson no seu romance *Neuromancer*, de 1984, para descrever um espaço conceitual ao qual as pessoas poderiam se conectar após receberem a implantação de um chip no cérebro. O termo foi apropriado, posteriormente, para descrever a teia de relações formada na rede mundial de computadores, a Internet, onde as pessoas, as máquinas e instituições podem se interconectar, criando como em *Neuromancer*, um universo conceitual, só que neste não ocorre o desprendimento da realidade.

Segundo Planells (2003), “o ciberespaço não é uma rede de computadores, mas o resultado da atividade social de usuários de computadores conectados entre si e espalhados por todo o mundo. Portanto, o ciberespaço é sociedade e não pode ser outra coisa senão sociedade”. Ainda segundo Planells (2003), o ciberespaço é um ambiente espacial sem uma referência geográfica pré-determinada. É abrangente, universal e descentralizado, entretanto, paradoxalmente existe uma tendência entre os seus frequentadores, da busca pela aproximação virtual com pessoas que estão fisicamente próximas, e/ou que partilhem do mesmo idioma, e/ou dos mesmos problemas, e/ou tenham os mesmos projetos ou aspirações.

Para Rheingold (1993), essa tendência natural à formação de comunidades virtuais possivelmente seja consequência da perda dos “terceiros lugares” descritos por Oldenburg, “talvez o ciberespaço seja um dos lugares públicos informais onde possamos reconstruir os aspectos comunitários perdidos quando a mercearia da esquina se transforma em hipermercado”. Entretanto, o próprio Rheingold (1993) levanta a possibilidade de que o ciberespaço seja exatamente o lugar errado, onde não seria possível encontrar o renascimento da comunidade por proporcionar apenas “um simulacro sem vida das emoções reais e do verdadeiro compromisso perante os outros”. Apesar da dúvida levantada, Rheingold descreve em seu livro a experiência que teve na Well, uma comunidade virtual formada nos arredores da Baía de São Francisco, nos Estados Unidos. Nela, pode experimentar as emoções e

a camaradagem típicas das comunidades. Pode observar, inclusive, que muitas vezes a comunidade virtual acaba extrapolando os limites da Internet e proporcionando a experiência da convivência pessoal.

Até esse ponto, compreendemos razoavelmente o que seria uma comunidade sobre o ponto de vista da sociologia clássica, mas o que seria o virtual ao qual Rheingold (1993) se referiu ao denominar a esses grupos sociais formado na Internet?

Pierre Levy (1996), um dos pensadores que mais pesquisou sobre essa questão do virtual, considera enganosa a suposição de que o virtual seja o que não é real. E nos ensina que “a palavra virtual vem do latim medieval *virtualis*, derivado por sua vez de *virtus*, que significa força, potência. Na filosofia escolástica, é virtual o que existe em potência e não em ato” e acrescenta que, em filosofia, o virtual não se opõe ao real e sim ao atual. Levy (1996) cita Michel Serres que ilustra o tema “virtual” como “não presença” e exemplifica com as comunidades virtuais que se situam na interseção do real com o virtual e, que em função disso, proporcionam o surgimento de novas formas de sociabilidade” onde é possível as pessoas organizarem-se com base na afinidade, por intermédio de sistemas de comunicação telemáticos. Seus membros estão reunidos pelos mesmos núcleos de interesses, os mesmos problemas: a geografia, contingente, não é mais nem um ponto de partida, nem uma coerção. Apesar de “não presente”, essa comunidade está repleta de paixões e de projetos, de conflitos e de amizades. Ela vive sem lugar de referência estável: em toda parte se encontram seus membros móveis. Em outras palavras, ser comunidade virtual não significa ser comunidade não real e sim ser comunidade onde seus membros não estão presentes fisicamente. Entretanto, Levy (1996) alerta que a “virtualização” pode ter um preço como ocorreu com a humanidade nas ocasiões em que mudanças tecnológicas afetaram a forma das pessoas se relacionarem.

Então, uma comunidade virtual é assim chamada porque seus membros não estão fisicamente presentes, entretanto a motivação que une a comunidade não tem necessariamente que ser desterritorializada. Por isso, podemos encontrar comunidades como as cibercidades, que unem, em comunidades virtuais, pessoas e instituições ligadas a um determinado lugar. Rheingold (1993) descreve diversas dessas comunidades com as quais teve contato durante as suas pesquisas. Essas comunidades virtuais ocupam um lugar no ciberespaço, que pode ser qualquer

lugar, isto é, não estão ligadas fisicamente a um lugar específico, então, tanto quanto seus membros, ela também não está fisicamente presente. Obviamente, existem na rede, computadores atuando como provedores de serviços que viabilizam as comunidades, mas esses provedores podem estar fisicamente em qualquer ponto da rede.

Wellman & Gulia (1999) *apud* Castells (1999) afirmam que as comunidades virtuais não precisam se opor às comunidades físicas, pois são formas diferentes de agregação social com leis e dinâmicas de funcionamento diferentes. Segundo os estudos de Wellman & Gulia (1999), o que surgiu nas sociedades avançadas foi o que denominaram de “comunidades pessoais”, definidas como rede sociais dos indivíduos, configuradas por laços informais de uns poucos amigos íntimos a centenas de laços mais fracos, que podem funcionar *online* ou *offline*.

Wellman & Gulia (1999) ainda dizem que as relações no ciberespaço são caracterizadas por múltiplos laços fracos ou frágeis entre os indivíduos, mas que, no entanto, são capazes de proporcionar um clima de solidariedade recíproco.

Faz sentido que o capitalismo produza um modo de vida individualista, que por sua vez, resulte no enfraquecimento da comunidade e no fortalecimento das redes sociais centradas nos indivíduos e não no espaço comum. Por outro lado, a ascensão de novas maneiras de sociabilidade não significa a morte de outras formas. Temos na sociedade moderna agregações sociais tanto no ciberespaço quanto fora dele, com várias características das comunidades, concomitantemente, com muitas características das associações. Contudo, não cabe chamar de comunidade virtual toda forma de agregação social surgida no ciberespaço, já que algumas são fundadas com objetivo específico e, tão logo as pessoas resolvem o que buscam, se afastam sem deixar qualquer contribuição que se agregue ao capital social do grupo. Não possuem espírito de pertencimento e sim de utilidade, não geram um clima de camaradagem e sim de complementaridade de interesses.

Na prática, a maior parte das agregações sociais existentes no ciberespaço não poderia ser chamada de comunidade. Talvez, a nomenclatura que melhor definisse essa categoria de agregação social, respeitando a conceituação clássica, talvez fosse “sociedades em rede” como sugeriu Castells (1999). Sociedades em rede ou associações virtuais - algumas com mais e outras com menos características comunitárias. Jennifer Preece em sua obra *Online communities (apud*

RIBEIRO, 2008) sintetiza a constituição das comunidades *online* como tendo as seguintes características:

- Pessoas interagindo socialmente em torno de necessidades e satisfações;
- Propósitos ou objetivos comuns que se relacionam com o interesse e a finalidade da própria comunidade;
- Regras tais como leis, rituais, tradições, protocolos determinando as condutas individuais e coletivas;
- Tecnologias que suportem a interação no ciberespaço.

Designam-se comunidades virtuais tanto as agregações sociais que unem no ciberespaço as pessoas ligadas a uma localidade ou vinculadas a outros objetos, tais como por exemplo:

- Comunidades de Prática – geralmente formadas em torno de um objetivo técnico;
- Comunidades de Aprendizagem – formadas em torno do ensino e aprendizagem;
- Comunidades Corporativas – fundadas em torno do desenvolvimento das relações voltadas para o interesse de uma corporação;
- Comunidades de Interesse – constituídas em torno de um tema ou interesse comum;
- Comunidades de Propósitos – definidas pelo objetivo comum a ser atingido.

O fluxo vital dessas comunidades é sempre o conhecimento transmitido a partir de núcleos de compartilhamento estabelecidos na Internet. O sentimento de pertencimento agora já não liga o indivíduo apenas a uma comunidade já que no ciberespaço é possível a navegação de um grupo ao outro de acordo com os interesses.

Castells, no seu livro “A Galáxia da Internet” (2001), utiliza-se dos então mais recentes estudos da sociologia urbana para esclarecer alguns dos mitos em torno das comunidades virtuais. A primeira delas é a questão da oposição que as comunidades virtuais fariam às comunidades reais. Outro mito é o do aparecimento de um “cidadão da Internet”, um ser alienado e solitário, ser quase completamente desvinculado do mundo real.

O autor explica que o recente crescimento massivo da Internet permitiu à sociologia observar os indivíduos e suas instituições saturados pelo ciberespaço.

Nesse contexto, o que a realidade demonstrou foi que as ferramentas que implementam as comunidades virtuais, tais como os fóruns e as salas de bate papo, que eram as de maior importância para o grupo pioneiro, e por isso levava os observadores do nascente ciberespaço a imaginar que as comunidades virtuais dominariam as relações sociais, tiveram seu uso definido, sendo que hoje o correio eletrônico (*email*) corresponde a 85% da utilização que se dá a Internet, principalmente para contatos de trabalho, tarefas específicas e objetivos familiares, de forma que, como comprovam os estudos de Anderson e Tracey (2001) e Howard, Rainie & Jones (2001) *apud* Castells (2001), a interação social *online* não se opôs as interações sociais existentes. Apenas adicionou uma nova mídia e, em função disso, os usuários da Internet passaram a ter uma rede social ampliada e mais intensa.

Estudos de Katz, Rice e Aspen (*apud* CASTELLS, 2001) comprovaram também que, entre os usuários da rede, existe um maior envolvimento comunitário e político em relação aos não usuários.

Segundo Anderson e Tracey, 2001 (*apud* CASTELLS, 2001) também há fortes indícios de que às interações no ciberespaço não alteraram a vida dos indivíduos. Se gasta o mesmo tempo que antes nas atividades sociais, culturais e domésticas, apenas acrescentou-se o tempo utilizado na remessa e recebimento de *emails* e no “surf” na web.

Castells (2001) relata os estudos de Wellman, que revelam que o uso do *email* teve um impacto positivo sobre sociabilidade com amigos e parentes, sobretudo, os fisicamente mais distantes, isto é: os usuários da Internet tinham uma interação face a face, por telefone e por carta, maior do que os não usuários da rede.

Por fim, acreditamos que o que vemos hoje é o físico e o virtual em uma mútua interação, criando as bases para novas formas de sociabilidade centradas no individualismo em redes sociais e não mais na comunidade. A Internet não veio para modificar a vida dos indivíduos, mas estes a apropriaram para que servisse aos novos padrões de sociabilidade. Nessa nova sociedade em rede, sempre haverá espaço para a comunidade, que sobreviverá, como vem ocorrendo, em algumas das suas características, nas novas formas de agregação social, que a humanidade estará sempre criando e sempre perdendo.

3 DA COGNIÇÃO SITUADA ÀS COMUNIDADES DE PRÁTICA

Segundo Santos (2003), o sentido mais comum do termo “situado”, está ligado ao conceito de “localizado” tanto no espaço quanto no tempo, ou o lugar onde alguma coisa acontece, ou ainda o ponto na linha do tempo onde acontece.

Ainda segundo a autora, são diversas as abordagens em relação às teorias situadas da cognição e da aprendizagem, e esta adotada por Jean Lave está entre as da antropologia cognitiva, mas precisamente na antropologia crítica, onde existem autores como Marx, Giddens e Bourdieu.

Segundo Wenger (1998), esse conceito de “situado” tem sido utilizado de forma mais ou menos profunda, nos mais diversos campos da investigação teórica como, por exemplo, por Heidegger, na sua perspectiva fenomenológica, onde os humanos são entendidos como situados em um mundo de possibilidades culturais e históricas. Maturana e Varela (2001), entre outros, ao explorar a relação entre organismos e ambiente, ou ainda Dewey e Schoen, na educação, nas perspectivas que apresentam do pensamento para resolução de problemas.

Para Lave (1993), existem três grandes categorias de abordagens situadas: a visão cognitivista, a interpretativa e a da prática social situada.

Na primeira, entende-se que as pessoas processam, representam e memorizam nas relações sociais, mas, no entanto, não se perde a perspectiva analítica da cognição como algo interno e individual. Nessa abordagem, os fatores sociais são vistos como meras condições externas e que seus efeitos sobre os indivíduos são passíveis de estudos, mas, no entanto, seus efeitos sobre os indivíduos são entendidos como meros constrangimentos essencialmente físicos.

Abordagem interpretativa entende que o caráter situado está ligado ao uso da linguagem e/ou na interação social interessada, e parte do pressuposto de que o mundo é pluralista e composto por indivíduos com experiências únicas.

(...) Nas Comunidades de Prática (CoP), o aprendizado é visto como atividade situada e tem características definidas, um processo que foi denominado de participação periférica legitimada. Aprendizes participam da comunidade de práticas em igualdade com especialistas e pessoas com mais conhecimento no assunto. (MENGALLI, 2006, p. 78)

Assim, entende-se que a cognição é sempre considerada como relativa a interesses. Assim os sentimentos, por exemplo, têm um papel importante na estruturação das situações, ou seja: “não existe mundo independente da construção que os indivíduos fazem dele”.

Na perspectiva da prática social situada, proposta por Lave (1993) “a cognição e a comunicação com o mundo social situam-se no desenvolvimento da atividade”. Nesse caso, a aprendizagem está situada na prática social, na vivência social, e esta não é estática; é histórica e dialética, ou seja: pessoas em atividade e sociedade conjuntamente produzindo e re-produzindo tanto o mundo quanto as próprias pessoas. Observe que nesse caso o mundo não é algo estático, pronto e acabado para a percepção das pessoas, e sim algo em permanente mutação determinada pelas práticas sociais. Então, o caráter situado da aprendizagem não pode ser situado no tempo ou numa determinada atividade. “O aprendizado para fazer algo em conjunto é o diferencial da Comunidade de Prática (CoP), o conhecimento é um aspecto integrado e inseparado da prática social (LAVE, WENGER, 2006, *apud* MENGALLI, 2006)

Lave e Wenger (1991), não aceitam a possibilidade de que “conhecimentos gerais” possam ser generalizados para qualquer outra situação fora do contexto em que foram formulados, pois a formação de um princípio abstrato é, ele próprio, um acontecimento ocorrido em circunstâncias específicas, tendo, portanto, para a sua aceitação, que seja cotejado com as circunstâncias atuais e locais. Ainda para esses autores, a aprendizagem não é vista como um processo de adquirir saber, de memorização de procedimentos ou fatos, é sim uma evolução constante do sentimento de pertencimento, de ser membro de uma comunidade. Então, a aprendizagem enquanto fenômeno está relacionada a um grupo social, a uma comunidade e não a um único indivíduo. Dessa forma, podemos entender que o conhecimento está intimamente relacionado com as práticas sociais em que ele é relevante e se desenvolve.

3.1 As Comunidades de Prática

O termo “comunidade de prática” é relativamente recente (WENGER, 2006) e

na atualidade um número crescente, tanto de profissionais como de empresas, está se dedicando a implementação dessas comunidades como uma ferramenta no sentido de se incrementar as “performances” institucionais (WENGER, 2006).

A comunidade de prática (CoP), segundo Wenger (2006) não é um “clube” de amigos de uma dessas redes sociais que se espalham na atualidade no mundo virtual e muito menos uma simples rede de conexões entre pessoas. Para se tornar uma comunidade é imprescindível que haja uma identidade definida através do compartilhamento de domínios de interesse. Segundo Orr *apud Cox (2005)* o termo “comunidade de prática” não é ideal. Nesse sentido, prefere a utilização de “comunidades ocupacionais”. Sejam CoP ou “comunidades ocupacionais”, esses ambientes têm se incrementado e, junto, os estudos acadêmicos sobre a temática proliferam nos últimos anos numa tentativa de se definir, categorizar, apontar problemas e/ou soluções através de estudos de casos.

Segundo Lave e Wenger (1991), “a comunidade de prática não é apenas fonte de conhecimento, mas a participação na prática cultural em que o conhecimento existe como princípio epistemológico da aprendizagem”. O conhecimento, nesse caso, não é mais entendido como algo a ser adquirido e sim como um processo de construção participativo e transformador. Em resumo, nelas se aprende ao participar, e ao mesmo tempo se participa aprendendo e modificando a própria comunidade.

O conceito central do qual Lave e Wenger (1991) partem para formulação da proposta de comunidades de prática é denominado por eles como “participação periférica legítima (PPL) “que corresponde ao movimento que fazem os novatos em uma comunidade de prática (*newcomers*)”. É o processo que mostra a esse novato a trajetória que deve ser percorrida para que passe a integrar às atividades dessa comunidade. Também define a identidade dos seus membros/participantes, os artefatos, os conhecimentos e a própria prática que dá sentido à comunidade. E dessa forma, que ocorre o engajamento na aprendizagem e pela sua configuração como participante integral da prática. Assim, a “participação periférica legítima” pode ser vista como um descritor de envolvimento na prática social que faz da aprendizagem um componente constituinte da prática.

Segundo Lave e Wenger (1991), a “participação periférica legítima” possui três elementos constitutivos inseparáveis na sua análise, pois é através das suas

combinações que se apresentam na realidade: a legitimidade da participação, a periferia da participação e a legitimidade da periferia.

A legitimidade da participação é a característica que define o sentimento de pertencimento de um elemento ao grupo. Uma pessoa, ao se iniciar em uma comunidade, com o tempo, pode ir modificando a sua forma de participação à medida que seu engajamento nos processos da comunidade vai conferindo legitimidade a sua participação. Aprender é uma forma legítima de se chegar à prática, e, essa por sua vez, leva ao aprendizado.

A periferia da participação é o posicionamento de quem aprende no mundo social. Essa característica nos dá a noção das múltiplas formas de participação, dos diversos graus de envolvimento possíveis e que são definidos pela comunidade. Salienta o aspecto dinâmico da participação. Considera que a participação periférica em diversos graus pode levar ao aprendizado e este ao envolvimento de uma forma crescentemente mais complexa.

A legitimidade da periferia – pode se entendida como forma de reprodução das estruturas sociais que envolvem relações de poder, assim o acesso da periferia ao poder é legitimado pela participação crescente à medida que aprende.

Kimieck (2002) ainda discute, à luz das reflexões de Wenger (1998), os modos de pertencimento. O autor apresenta três modos possíveis de pertencimento que são: engajamento, imaginação e alinhamento. O primeiro, já abordado, fala também do envolvimento ativo nos processos de negociação de significados. Como o autor ilustra, este tópico se dá através de histórias compartilhadas, relacionamentos e interações. Em relação ao segundo item, a imaginação seria a criação de imagens do mundo e a busca de conexões através de relações de espaço e tempo, extrapolando nossa própria experiência. E por último, o alinhamento quando energia e atividades de um grupo ampliam as estruturas, contribuindo para o engrandecimento do empreendimento.

Lave e Wenger (1991) conceituam uma comunidade de prática como “um conjunto de relações entre pessoas, atividades e mundo, no decorrer do tempo e em relação com outras comunidades tangenciais ou justapostas, ou ainda como “grupos de pessoas que compartilham um conjunto de problemas, preocupações ou uma paixão sobre um tópico do conhecimento e que aprofundam esse conhecimento interagindo sobre uma base regular.” (WENGER, MCDERMOTT, SNYDER, 2002).

Ambas as definições parecem não considerar o aspecto da prática, o que tornaria uma comunidade de prática uma comunidade como outra qualquer, virtual ou não, fundada sob a ótica do compartilhamento de informações. No entanto, segundo esses mesmos autores, “para que uma comunidade se configure como uma comunidade de prática é necessária que existam três dimensões inter-relacionadas: o domínio de um conhecimento específico, que proporciona aos membros um senso de empreendimento comum e os mantém juntos; construção de relacionamentos: na busca dos seus interesses, os membros participam de atividades conjuntas e discussões, ajudam uns aos outros e compartilham informações, formando uma comunidade em torno de um assunto e constroem relacionamentos; e um repertório compartilhado de recursos: experiências, histórias, ferramentas, maneiras de resolver problemas recorrentes da prática, ou seja, uma prática compartilhada que leva ao aprendizado. Mesmo dessa forma, existiria nas comunidades de prática o compartilhamento das experiências obtidas na prática e, não necessariamente, o compartilhamento de uma mesma prática. Na verdade, o que encontramos nas comunidades de prática é o compartilhamento do aprendizado sobre as práticas e, nesse caso, temos a evidência do que foi explicado em relação a fundamentação teórica das comunidades de prática em relação ao “aprender participando e participar aprendendo” e, não necessariamente, o participar fazendo.

Ao categorizar, Wenger (2006) afirmava que “comunidades de prática são grupos de pessoas que compartilham uma preocupação ou a paixão por algo que fazem e procuram, dessa forma, estudar como podem fazer aquilo de forma melhor. Nesse sentido, interagem regularmente.” (WENGER, 2006). Yamer (*apud* DE LA RUE, 2008) sintetiza as CoPs: “O que você está fazendo agora? Como eu posso te ajudar?” Gannon-Leary & Fontainha (2007) complementam ao afirmar que as comunidades de prática virtual podem até ter a aprendizagem como seu principal objetivo, mas o aprendizado *online*, normalmente, acaba por se transformar num efeito colateral dessas CoP. Para De La Rue (2008), o aprendizado baseado numa comunidade possibilita a maior compreensão de um determinado assunto, pois contextualiza os problemas já que seus membros têm afinidades pelo mesmo assunto. Segundo ele, “nós estamos saindo do modelo industrial de aprendizagem, onde os estudantes ou participantes deixam suas identidades na porta.”

Devemos dar especial atenção a esses fatores constitutivos de uma comunidade de prática, para que não incorramos no erro de qualificar qualquer

comunidade onde haja interesses comuns como uma comunidade de prática. Muitas vezes, pessoas trabalham em uma mesma linha de produção e até no mesmo ambiente sem que constituam uma comunidade de prática por não compartilharem e desejo de aprender em conjunto com base na troca de experiências sobre as práticas isoladas ou coletivas.

Cox (2005) sumariza as diferenças entre os “modelos antigo (cognição) e novo (construtivismo)”, cuja CoP se baseia.

Tabela 1 - Comparativo entre os modelos antigos e novo de aprendizagem

Modelo antigo	Novo modelo
Ensinando	Aprendendo
Na sala de aula	No seu local de trabalho ou em casa
Através do ensino	Pela observação coletiva e participação
Os alunos aprendem com os professores	Os alunos aprendem com a experiência dos outros
Um currículo planejado	Através de atividades informais
Aprender é um mecanismo cerebral	Aprender é mais do que compreender. É uma mudança de comportamento

Para Cox (2005), a ênfase é na solução de problemas, cujas resoluções podem ser resolvidas em conjunto. O aprendizado, assim, não é mais a reprodução de conhecimento ainda hoje incentivado em instituições de ensino tradicional.

Ao explicar o funcionamento dessas CoP, De La Rue (2008) sugere que antes de mais nada é importante uma motivação para implementar uma ferramenta desse gênero. De acordo com o autor, “os membros de um grupo têm em comum um interesse e dividem entre si esse senso de comunidade. Porém, nem todos os participantes têm o mesmo “papel” dentro de uma CoP”. Alguns têm mais força e assim um papel central de liderança na condução das atividades de uma comunidade. São destes a responsabilidade por manter a comunidade unida e em interação. Gannon-Leary & Fontainha (2007) complementam ao apontar a importância de se mesclar numa, mesma comunidade, participantes com graus diferenciados de conhecimento. É recomendável que novatos se mesclem com aqueles que já possuem um conhecimento mais aprofundado. A troca será essencial na motivação do grupo. Moule (2006) também aborda a questão, apontando que

essencialmente as CoPs não são homogêneas, mas sim composta por diferentes atores, cujos indivíduos, ao participarem, incrementaram suas próprias identidades. Além disso, afirma que as comunidades não necessariamente são harmônicas em sua existência. Conflitos e discordâncias fazem parte e podem enriquecer a resolução de problemas.

Para que uma comunidade possa ser considerada uma comunidade de prática, segundo Wenger (2002), é necessário que se enquadre nos seus três elementos estruturais.

Domínio

É o campo do conhecimento onde a comunidade atua. O domínio deve ser bem definido e delimitado na forma de tópicos e assuntos. Segundo Wenger (2002) é o domínio que cria o senso de identidade comum entre os membros.

Comunidade

É o ambiente constituído por pessoas que partilham de objetivos e valores em comum e ao qual existe um sentimento de pertencimento. Segundo Wenger, uma comunidade cria o ambiente propício ao aprendizado, pois estimula a interação e os relacionamentos, com base no respeito mútuo e confiança, na boa vontade de compartilhar ideias, expor sua ignorância, fazer perguntas difíceis e escutar com atenção.

A comunidade é a base para que se estabeleça a cognição situada.

Prática

Para Wenger (2002), a prática é um conjunto de espaços de trabalho, ideias, ferramentas, informações, estilos, linguagens, histórias, experiências que os membros de uma comunidade de prática compartilham. Wenger (2002) afirma que “qualquer comunidade com interações, baseada em um domínio, irá desenvolver algum tipo de prática em algum momento”. Ainda assim, uma comunidade pode tornar-se proativa ao assumir o desenvolvimento de uma prática, definindo que conhecimentos podem ou devem compartilhar, documentar, desenvolver, de forma a organizar as atividades de aprendizado, as formas de acesso ao conhecimento persistido, as normas, os projetos assumidos e as fontes de conhecimento para que seus membros e outros possam se beneficiar destas habilidades.

Para Santos (2004) “não é garantido que se controle uma comunidade de prática através de uma dada forma de organização”. Elas surgem de formas espontâneas e deixam de existir quando perdem o sentido ou quando os objetivos

foram alcançados. Segue a autora afirmando que “é mais apropriado falar de condições potencialmente facilitadoras da emergência de comunidades de prática do que promotoras de tal emergência”. Nesse sentido a existência de um líder é relevante, uma vez que promove a motivação para o trabalho em grupo. Ainda nesse aspecto, Wenger (2001) sugere que as comunidades de prática são sistemas de aprendizagem auto organizados, ou seja, surgem por si mesmas através da demanda dos seus próprios membros e se desfazem quando de alguma maneira cessa o interesse. Este autor afirma ainda que participamos o tempo todo de comunidades de prática, em casa, no trabalho, no clube etc. Ao longo do tempo, essas comunidades vão se formando, mudando e se extinguindo à medida em que perdem a razão de ser. Segundo Buchi (2006)

“por essa ótica, mais do que construir conhecimento, muitas vezes a comunidade de prática tem a função de adaptar o indivíduo ao grupo ao qual ele pretende fazer parte. Fazendo-o através do compartilhamento de experiências entre os co-participantes do grupo. (BUCHI, 2006, p.42).

Para De La Rue (2008), uma comunidade forte é aquela que, mesmo quando é finalizada, seus membros continuarão em contato. Prazo de validade de uma CoP é uma realidade, embora, alguns imaginem que estas serão eternas. Wenger e colaboradores (2002) já alertavam que um dos termômetros essenciais para se identificar quando uma comunidade está para acabar é o ritmo de suas atividades. Quando as questões essenciais tiverem sido discutidas de forma extenuante, por que continuar?

Uma comunidade pode ser vista pelo aspecto do seu ciclo de vida, ou seja, nascem, produzem resultados e se dispersam. Para Wenger, McDermott e Snyder (2002), as comunidades de prática possuem o seguinte ciclo de vida:

- **Potencial** – Redes imprecisas de pessoas com questões e necessidades similares. Nesse estágio, ocorre a descoberta de motivos comuns e a preparação para a formação da comunidade.
- **Coalizão** – Os membros se agregam e iniciam uma comunidade. Ocorre então o engajamento em atividades de aprendizagem, projetando dessa forma uma comunidade.

- **Maturidade** – A comunidade responsabiliza-se por suas práticas e se expande. Por esse motivo, nessa fase, estipulam padrões e definem agendas.
- **Atividade** – A comunidade está estabelecida e funcionando por meio de ciclos de atividade. Nessa etapa, sustentam a energia dos seus membros, renovam interesses, capacitam os novatos, formam-se lideranças representativas e ganham-se influências em uma constelação de práticas.
- **Dispersão** – A comunidade deixa de ter utilidade na vida dos seus membros e esses se distanciam. Dessa forma, separam-se e definem legados, mas podem continuar mantendo contato.

Gannon-Leary & Fontainha (2007) confirmam a perspectiva de incremento desses ambientes quando percebem que as CoPs e o aprendizado virtual têm se espalhado nas instituições de ensino superior, contribuindo com o desenvolvimento tecnológico, a maior comunicação entre os indivíduos facilitada pela interação. Segundo os autores, isso tem gerado modelos para a pedagogia colaborativa, especialmente com a inserção das tecnologias da informação e da comunicação. O potencial do assíncrono e do síncrono para Gannon-Leary & Fontainha (2007) contribuem para aproximar comunidades isoladas e o compartilhamento de informações por todo o mundo.

Ao se debruçar sobre o mesmo assunto, Brown e colaboradores (1989) argumentam que as comunidades de prática, na realidade, se conectam pelas mais simples tarefas do cotidiano, ligadas por teias intrincadas, socialmente construídas na *web* e isso é fundamental para se entender o que são e como se configuram. Para eles, as comunidades são insondáveis, ou seja, é difícil de caracterizá-las precisamente, pois se estruturam em algo muito mais amplo do que aquilo que é aparente.

Nichani, 2001, (*apud* CHRISTOPOULOS, 2008) relaciona três perfis básicos de participantes de uma comunidade de prática:

1. Conectores: pessoas que conhecem muitas outras e fazem conexões entre elas.
2. Transferidores: pessoas que conectam pessoas com informações.

3. Vendedores: eles alcançam os não convencidos e os persuadem a aceitar as mudanças

Saint-Orange e Wallace (*apud* CHRISTOPOULOS, 2008) identificaram que os membros de uma comunidade de prática também podem desempenhar esses papéis complementares:

1. Inicializadores: Identificam lacunas na prática, necessidades de novas competências ou enfoques a desenvolver.
2. Sintetizadores: auxiliam a comunidade a criar significado. Eles criam e/ou estabelecem o contexto, e ressaltam sucessos e falhas anteriores.
3. Contribuidores individuais: contribuem com seus pontos de vista sem tentar persuadir.
4. Testemunhas: dão credibilidade a uma ideia, reforçam um ponto de vista com a sua própria experiência.
5. Vencedores: têm interesse no sucesso da comunidade e assumem o papel de líder.
6. Ocultos: veem, mas não ouvem. Visitam a comunidade regularmente, mas sua participação é limitada a ver as contribuições dos outros membros.
7. Membros do grupo conselheiro e avaliadores: membros da comunidade e possivelmente da organização que têm o papel de liderança, desenhando políticas, identificando procedimentos e encorajando o desenvolvimento da comunidade.
8. Facilitador: membro que coordena a atividade da comunidade e facilita a sua proposta. É o membro de ligação entre o patrocinador da comunidade e outros indivíduos que tenham interesse no negócio.
9. Patrocinadores: executivos que oferecem suporte e recursos.
10. Membros de apoio à gestão: atuam quando outros membros da comunidade não têm envolvimento gerencial.

De La Rue (2008) detalha também as ferramentas que as CoP podem se utilizar. Entre essas, reúne os boletins ou *newsletters* como uma forma de comunicação, os fóruns também como uma tecnologia útil numa comunidade assim como as Wikis que permitem a construção coletiva, os Microblogs – os diários de internet – Twitter e suas mensagens com até 140 caracteres etc e ressalta que, embora algumas dessas ferramentas deem um bom suporte, não permitem que se grave os dados para uma análise a *posteriori*. Para Gannon-Leary & Fontainha (2007), porém, deve ficar claro para todos os participantes quais são essas ferramentas que serão utilizadas e com qual intuito.

Em seus estudos, De La Rue (2008) aproveita para alertar com críticas aqueles que pretendem enveredar por esse caminho. Segundo suas experiências, as CoPs e o compartilhamento de ideias, projetos, dificuldades são sempre aquém das suas possibilidades. Para ele, essas ferramentas possibilitam uma infinidade de recursos que, no fim, são pouco exploradas pelos membros de uma comunidade. Será desconhecimento? Pouca prática com as ferramentas? Excesso de tecnologia? Ou falta de interesse? Mais estudos são necessários com esta finalidade também.

Wenger (2002) formulou 16 princípios para o desenvolvimento e suporte a comunidades de prática que transcrevemos a seguir por serem de vital importância:

1. Desenhar a comunidade de prática pensando na sua evolução:
Permita que novas pessoas se envolvam e que novos interesses sejam explorados. Aceite que haverá diferentes níveis de atividade e diferentes níveis de apoio serão necessários;
2. Manter o diálogo entre a perspectiva interna e externa:
Encoraje discussões entre as pessoas de dentro e de fora da comunidade sobre os resultados esperados para a comunidade de prática;
3. Convidar para diferentes níveis de participação nas comunidades de prática:
Algumas pessoas serão bastante ativas na comunidade, enquanto outras parecerão passivas. Aceite que contribuições e o aprendizado ocorrem de maneiras distintas, dependendo da pessoa;
4. Desenvolver espaços abertos e fechados para a comunidade:

Relacionamentos são formados a partir de eventos informais das comunidades e da comunicação entre as pessoas. Eventos formais e organizados e espaços públicos comuns de discussão são necessários para ajudar as pessoas a se sentirem parte das comunidades de prática. Ambos os tipos de abordagens são importantes;

5. Focar o valor da comunidade de prática:

O verdadeiro valor da comunidade pode emergir à medida que ela se desenvolva e amadureça. Membros da comunidade precisam ser explícitos quanto aos valores que estão sendo gerados. No início, isso pode ser útil para ajudar os membros a compreenderem melhor as comunidades de prática. Com o tempo, o valor gerado pela comunidade precisa se tornar mais evidente e medidas concretas precisam ser buscadas e analisadas;

6. Combinar familiaridade e estimulação:

Espaços comunitários comuns e atividades ajudam as pessoas a se sentirem confortáveis em participar. A introdução de novas ideias para desafiar o pensamento vigente também estimula o interesse e mantém as pessoas engajadas;

7. Criar um ritmo para a comunidade:

Eventos regulares, com uma frequência que evite a sensação de sobrecarga, criam pontos de convergência. Eles encorajam as pessoas a continuarem a participar, ao invés de se distanciar gradativamente;

8. Valorizar também a comunicação oral:

É importante notar que até que as pessoas desenvolvam um certo grau de confiança entre elas, a comunicação oral tende a ser menos arriscada para os membros da comunidade. A comunicação escrita tem um sentido de permanência e de disseminação que nem todos os membros estão dispostos a correr;

9. Desenvolver as regras de participação para a comunidade:

Entrar em uma comunidade, principalmente quando estas incluem um ambiente *online* é como entrar em qualquer ambiente novo: as pessoas precisam aprender as regras de participação ou a “netiquette” da comunidade, O líder da comunidade deve reprimir qualquer atividade que seja contra os princípios ou que não pertença a comunidade;

10. Desenvolver mapas de especialização e garantir que os perfis dos usuários estejam atualizados:

Mapas especializados podem incluir bancos de dados com listas e descrições das competências de indivíduos dentro e/ou fora da organização. Esses mapas de especialização facilitam o compartilhamento do conhecimento tácito e o desenvolvimento de comunidades, ao permitir que as pessoas encontrem e estabeleçam contato pessoal mais rapidamente umas com as outras. Perfis de usuários detalhados, precisos, atualizados e significativos ajudam a fomentar conexões e elevar o nível necessário de confiança entre os participantes. As pessoas tendem a colaborar mais umas com as outras se os relacionamentos se tornarem um pouco mais pessoais;

11. Reconhecer níveis diferentes de participação

O reconhecimento e a identificação dos diferentes níveis de contribuição, tanto qualitativa quanto quantitativa, de cada indivíduo são especialmente importantes para comunidades de troca de conhecimento;

12. Liderar pelo exemplo:

A participação frequente dos líderes de comunidades nas atividades comunitárias, especialmente se o líder for especialista em uma área estratégica, certamente, promoverá os níveis mais altos de participação entre os membros da comunidade em geral. Em particular, no início do funcionamento da comunidade. Os primeiros meses de funcionamento de uma comunidade são críticos;

13. Criar, treinar e motivar um grupo central de pessoas que irá gerir a comunidade:

Embora a comunidade de prática dependa da participação voluntária de muitas pessoas, com frequência o desenvolvimento de CoP se beneficia da existência de moderadores formais designados, e mesmo contratados. O trabalho desses moderados não é, porém, um trabalho solitário. Seu sucesso depende frequentemente, do apoio e participação direta de um grupo central de co-moderadores que está sempre atento às necessidades da comunidade, não deixando, por exemplo, que nenhuma questão fique sem resposta ou comentários;

14. Estabelecer um sentimento de identidade para a comunidade:

Um sentimento de identidade pode ser criado através do estabelecimento de um propósito claro, metas e objetivos específicos para a comunidade, assim como através do desenvolvimento e fomento de uma história para a comunidade. Informar aos novos membros como a comunidade teve início, quem estava envolvido no começo, etc. Também é importante criar um forte esforço de mensagem e marca. Isso desempenha um papel crucial ao lembrar os membros de sua afiliação e promover os objetivos e valores da comunidade;

15. Promover os sucessos da comunidade:

Líderes de comunidade astutos entendem claramente que, na criação e compartilhamento de conhecimento, as pessoas precisam ser voluntárias e que os membros só podem ser encorajados e não forçados a participar. Consequentemente, promover o sucesso da comunidade mexe com os membros e funciona como anúncio aos participantes em potencial;

16. Monitorar o nível de atividade e satisfação:

Líderes ativos monitoram as estatísticas sobre o nível de participação dos usuários, as áreas de conteúdo mais procuradas, e a frequência das contribuições

Wenger (1998) sustenta a possibilidade da existência de inúmeras conexões entre comunidades de prática em uma grande rede, seja através dos seus membros, que ao participarem de diversas comunidades de prática acabam por se tornar elos

de ligações, capazes de transferir o conhecimento de uma para a outra de uma forma complementar, seja através do que designou como “objetos de fronteira” na forma de artefatos, documentos, termos, conceitos ou práticas.

4 O PERCURSO DA PESQUISA REALIZADA

Este projeto levou em consideração dois pressupostos:

A formação dos participantes dos movimentos sociais, em especial os conselheiros de saúde;

A necessidade de deslocamento de alunos e professores em um programa de formação permanente de conselheiros de saúde no nível nacional requer estratégias que reduzam custos decorrentes da modalidade de educação presencial

Teve como objeto avaliar se a construção e implantação de uma comunidade de práticas poderia ser uma ferramenta capaz de fomentar o compartilhamento de experiências na formação de conselheiros de saúde e participantes de movimentos sociais dentro de um contexto heterogêneo, onde as trocas de informações, complementadas pela disponibilidade de materiais didáticos em diversas mídias, possibilitariam a disseminação do conhecimento necessário para o efetivo exercício do controle social.

A hipótese utilizada foi a de que a interação entre agentes com diversificadas experiências no exercício do controle social e com grau de conhecimento técnico sobre diversos aspectos da saúde, no contexto de uma comunidade de prática, poderia contribuir num ambiente motivador de aprendizagem para todos os participantes. Isso se os conselheiros de saúde dominarem as ferramentas da Internet e tiverem acesso à rede.

Talvez um empecilho ao pleno funcionamento de uma comunidade de prática no âmbito dos conselheiros de saúde seja as dificuldades encontradas de domínio das ferramentas de Internet e acesso à rede por parte desse grupo. É de amplo conhecimento que muitos municípios deste país mal têm acesso a uma linha telefônica, e que mesmo nos municípios onde os usos das telecomunicações e da informática já são disseminados, ocorre na população a mais completa exclusão digital. Neste sentido, este estudo visa identificar qual seria o impacto e as dificuldades da implantação de uma comunidade de prática para os conselheiros de saúde.

4.1 A Metodologia Utilizada

Numa primeira abordagem metodológica, para verificarmos a adequação das comunidades de prática como forma de capacitação de conselheiros de saúde, pretendíamos fornecer infraestrutura e fomentar uma dessas comunidades entre conselheiros e observar, na prática, as dificuldades organizativas, as práticas sociais e os possíveis ganhos em conhecimento.

Ocorre que, no decorrer do projeto, chegamos a conclusão que para chegarmos a esse ponto era necessário primeiramente conhecermos melhor o perfil dos conselheiros de saúde e suas reais demandas por conhecimento, assim como sua disposição e disponibilidade para aprender de forma alternativa, fugindo do velho esquema da sala de aulas, do professor e, principalmente, de um certificado de conclusão.

No entanto, em nossa pesquisa na bibliografia sobre essa temática, não conseguimos encontrar qualquer levantamento realizado junto a conselheiro que pudesse subsidiar este trabalho. O máximo que localizamos foi uma pesquisa realizada sobre o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, disponível em <http://formsus.datasus.gov.br/cns/> que disponibiliza dados para traçar um perfil dos Conselhos de Saúde e se constitui numa valiosa informação para conhecermos o estado de organização destes no Brasil. Sabemos que existem tabulações e análises feitas sobre os dados desse cadastro, porém, não fomos capazes de encontrá-las em nossas buscas. No entanto, esse cadastro trata de Conselhos de Saúde e não de conselheiros, onde existe uma lacuna de difícil preenchimento com o quadro atual da participação popular no Brasil. Isso porque sendo os conselhos formados por instrumentos legais municipais, cada município organiza seus conselhos de acordo com sua visão local sobre a questão.

De uma forma geral, os conselhos são constituídos por representantes dos diversos setores da sociedade civil organizada, com interesses na área de saúde. Como cada entidade que participa nos conselhos tem sua própria dinâmica de escolha dos seus representantes, temos aí um cenário caótico, onde se torna difícil constituir um cadastro nacional de conselheiros. Sem esse cadastro, localizar um conselheiro municipal de saúde requer encontrá-lo durante as reuniões periódicas dos conselhos.

Talvez, em função de toda essa dificuldade, nós não localizamos nenhuma pesquisa, de qualquer natureza, feita junto a conselheiro de saúde, revelando dessa forma uma lacuna que tivemos a sorte de conseguir um método de preencher em parte, ao menos no que se refere ao objeto desta pesquisa, mas que de qualquer forma abre caminho para que outros estudos sejam realizados pelo mesmo método.

Na falta de dados já tabulados sobre conselheiros de saúde, optamos por ir a campo levantar as informações necessárias.

Optamos, inicialmente, por obter essas informações através da formação de grupos focais (MERTON, FISKE, KENDALL, 1990) constituídos por conselheiros de saúde dos municípios da Baixada Fluminense. A alternativa pela metodologia de grupos focais se deveu à acurácia dessa técnica, para amostra relativamente pequena, já que essa era a realidade que contávamos. O foco nos municípios da baixada se deveu ao fato de serem municípios que têm características socioeconômicas muito semelhantes e por já tratarem a questão de saúde de uma forma integrada.

Conseguimos um contato com o conselho de saúde do município de Nilópolis e aguardamos que eles se reunissem ordinariamente, para que formassem o grupo focal após a reunião. No entanto, não tivemos sucesso ao abordar dessa maneira, por se tratarem de pessoas extremamente simples, com quem tivemos dificuldade até mesmo para explicar a natureza do projeto e o que pretendíamos com o grupo focal. O resultado foi que, saímos da reunião com muito pouco resultado aproveitável para pesquisa.

Diante da experiência infrutífera e da perspectiva de ter que realizar novos contatos, e nos submetermos a novas esperas por reuniões dos conselhos e com a possibilidade de outras vezes termos poucos dados aproveitáveis, resolvemos abandonar esse método de pesquisa e adotar um questionário constituído por quesitos de respostas objetivas e também qualitativas.

Minayo e Sanches (1993) em seu artigo “Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade” exploram essa questão e suas potencialidades para estudos em saúde pública. Segundo os autores, nenhuma das duas abordagens em si é suficiente. Para eles, “Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível.”

O conjunto de municípios da Baixada Fluminense possui algo em torno de 200 conselheiros. Assim, mesmo que contássemos apenas com uma parcela desse número, já seria suficiente para possibilitar uma amostra para uma pesquisa qualitativa.

Na falta de um cadastro, aproveitamos para fazer contato com uma grande parcela de conselheiros durante as reuniões que eles fazem mensalmente, alternadamente em cada município da Baixada, onde deveriam participar a totalidade dos conselheiros da região. Estivemos presentes em duas dessas reuniões. Ocorreu, no entanto, que nessas reuniões, conseguimos apenas 22 formulários preenchidos, já que poucos são os que participam efetivamente desses fóruns. Além disso, alguns deles se recusaram a colaborar.

4.2 Desenvolvimento de um Instrumento Avaliativo

Nesse ponto, dois eventos vieram viabilizar o prosseguimento da pesquisa: o primeiro deles foi a descoberta que fizemos de um cadastro de conselheiros de saúde, existente dentro do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Este é um sistema de controle do uso de recursos do SUS pelos municípios. Esse sistema foi construído pelo Datasus a pedido da Controladoria Geral da União (CGU), e se constitui hoje em importante ferramenta do controle social. O sistema pode ser acessado através do site do Datasus (www.datasus.gov.br), que foi seu desenvolvedor, o hospeda e é responsável pela sua manutenção. Esse cadastro é, normalmente, disponibilizado pela Internet, mas em nossa tentativa inicial, o sistema estava defeituoso. Dessa forma, tivemos que solicitar um extrato do cadastro ao setor do Datasus que faz a manutenção do sistema.

A outra contribuição veio do trabalho de Della Libera (2013), onde a pesquisadora fez uso de uma ferramenta disponibilizada pelo Google Docs (<https://docs.google.com>). Esta ferramenta permite a construção de formulários de pesquisa, a partir de modelos pré-definidos, e depois remetê-los para malas diretas de *emails* fornecidos.

Essa aplicação permite construir formulários bastante elaborados, com questões de múltipla escolha em diversos formatos e também com questões objetivas. O universo pesquisado recebe o formulário através do seu *email*, acompanhado de um pequeno texto justificando a pesquisa e solicitando seu preenchimento. Ao terminar o preenchimento, basta que aperte um botão “enviar” para que o formulário retorne ao Google Docs, que os disponibiliza em conjunto com os outros formulários recebidos, já tabulados em uma planilha ou já analisado em um relatório.

Ao tentar obter os *emails* dos conselheiros de saúde, no cadastro obtido no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), nos deparamos com a péssima qualidade dos dados ali inseridos, pois o sistema não tem como fazer a validação e esses dados não são submetidos a uma auditoria que obrigue o setor de contabilidade dos municípios a levantar e manter dados atualizados dos conselheiros. Além do mais, a realidade é que muitos conselheiros de saúde não possuem acesso ao *email*. De forma que, em boa parte dos municípios, o único *email* que aparece repetido para todos os conselheiros é o da Secretaria de Saúde, ou do próprio setor de contabilidade. Mesmo no caso dos *emails* individualizados para cada conselheiro, muitos não eram válidos por estarem errados ou desatualizados, ou mesmo por pertencer a alguém que já não ocupava mais o cargo de conselheiro de saúde.

Apesar da dificuldade em obter esses endereços válidos no cadastro, como a massa de dados é bastante volumosa: apenas no Rio de Janeiro encontramos 1592 conselheiros, mesmo após a depuração, foi possível enviar a mala direta para mais de 363 destinatários e desses obter um retorno de 43 formulários preenchidos.

Nosso escopo inicial era de trabalhar com os conselheiros da Baixada Fluminense, mas em virtude do pequeno número de questionários obtidos, foi necessário ampliar inicialmente para a totalidade dos conselheiros municipais no Estado do Rio de Janeiro. Então, decidimos refugar os 22 questionários que obtivemos através de entrevistas presenciais, pois consideramos que o perfil desses conselheiros, que responderam inicialmente, poderia ser completamente diferente dos que responderam pela Internet pelos seguintes motivos: o simples fato de receberem o questionário por *email*, preencherem de forma *online* e os remeterem, já denota certa destreza com o computador e com a Internet; o fato de aceitarem colaborar com a pesquisa sem o constrangimento da presença do pesquisador já

demonstra um perfil colaborativo. Como muitas das questões estão voltadas para compreender esses aspectos, achamos que seria melhor que não juntássemos os dois perfis para que a análise fosse distorcida.

Então, uma amostra de 43 em um universo de 1592 conselheiros do Rio de Janeiro, já estratificada por terem acesso ao *email* e pelo espírito colaborativo, ainda nos pareceu muito pouco para que pudéssemos obter conclusões representativas desse universo, mesmo considerando a riqueza dessa amostra por estar distribuída em 20 municípios espalhados por todo o estado.

Resolvemos, então, ampliar o escopo da nossa observação pra a região Sudeste, que possui no seu todo, descontando os grandes centros urbanos, uma certa semelhança no grau de organização da participação popular em torno das questões da saúde. Nessa nova delimitação, passamos a trabalhar com um universo constituído por 12.380 conselheiros de saúde em São Paulo, 10.665 em Minas Gerais, 1.056 no Espírito Santo somados aos 1.592 do Rio de Janeiro, totalizando 25.683 conselheiros de saúde. Então, além dos 43 questionários que já tínhamos do Rio de Janeiro, enviamos mala direta para 1.034 conselheiros de São Paulo, de onde alcançamos resposta apenas de 18; 506 para Minas Gerais com 37 respostas e 195 para o Espírito Santo, com 10 questionários respondidos.

Quando estávamos enviando os questionários para o estado de São Paulo, descobrimos uma limitação nesse sistema do Google Docs, que já havia prejudicado a pesquisa no Rio de Janeiro sem que percebêssemos. O que fez com que a quantidade de respostas tenha sido muito inferior ao número esperado. A ferramenta limita o número de destinatários por mala direta em torno de 100.

Para contornar essa limitação, criamos diversas contas de *email* no Google e as associamos como gestoras do formulário. Com isso, conseguimos enviar uma quantidade maior de questionários. Avaliamos que essa estratégia era necessária, uma vez que ao atingir o número máximo de remetentes na mala direta, o sistema levava às vezes mais de 24 horas para permitir uma nova remessa.

O Google, no entanto, mesmo permitindo que dessa forma enviássemos uma grande quantidade de questionários de uma única vez, bloqueou o botão (virtual) situado no final do formulário, que serve para os usuários remeterem os questionários preenchidos. Dessa forma, muitos conselheiros que devem ter se dado ao trabalho de responder a pesquisa não conseguiram enviá-la.

Nós só fomos perceber o que estava ocorrendo, quando mandamos uma quantidade excepcionalmente grande de questionários para os conselheiros de São Paulo e começamos a receber, pelo *email* que colocamos para que fossem retiradas dúvidas ou dado algum esclarecimento adicional, uma grande quantidade de reclamações sobre a impossibilidade de enviar o formulário preenchido.

Em função disso, mudamos a tática e passamos a mandar apenas a quantidade de formulários permitida pelo Google e a aguardar a liberação para mandarmos mais. Assim, perdemos muito tempo e fomos obrigados a reduzir muito a quantidade de questionários enviados em função do tempo disponível para a pesquisa que se extinguiu. Isso também explica a discrepância de terem sido enviados 1.034 questionários para São Paulo com um retorno de apenas 18 preenchidos.

Apesar dos percalços do levantamento, conseguimos apurar um total de 108 questionários preenchidos nos quatro estados da região Sudeste, oriundos de 63 municípios, compondo uma amostra significativa da opinião esboçada pelos conselheiros de saúde.

Com esse levantamento, conseguimos estabelecer uma metodologia para que outras pesquisas possam ser levadas a cabo junto a conselheiros de saúde

O formulário foi constituído por 34 questões, sendo 10 delas para que o entrevistado escolhesse uma entre as alternativas propostas; quatro onde o entrevistado deveria assinalar todas as alternativas que se encaixassem ao seu perfil; oito questões com respostas de livre desenvolvimento pelo entrevistado; e 12 questões onde utilizamos escalas de Likert, a fim de captar a intensidade do sentimento do entrevistado sobre a questão proposta.

O questionário buscou conhecer a localização, o tipo de representação que o conselheiro exerce no Conselho, o perfil cultural, a proficiência no uso de computadores pessoais e na navegação na Internet, a disponibilidade de tempo, de equipamento de informática e o seu respectivo acesso à rede, assim como a sua opinião a respeito da necessidade de capacitação e no que seria importante capacitar e, por fim, qual a influência que a capacitação poderia exercer sobre o desempenho dos conselheiros de saúde.

Segundo Minayo e Sanches (1993), ao elaborar uma proposta de análise dialética de dados: “a ciência se constrói em uma relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta”. Isso

implica em um diálogo entre o pesquisador e o seu objeto de pesquisa, onde a compreensão do primeiro sobre o segundo vai sendo refinada à medida que novos patamares de compreensão do problema permitem a formulação de novas hipóteses e metodologias.

Nesse trabalho, optamos por empregar a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979) que, ao invés de tentarmos identificar categorias pré-definidas para o teste da nossa hipótese, procuramos buscar no conjunto das respostas as categorias às quais a pesquisa nos orientasse. Obviamente, essas categorias as quais chegamos, sofreram forte interferência da nossa própria razão mas, no entanto, a partir da tendência orientada pelas respostas dadas ao questionário.

Assim, em uma primeira análise buscamos as categorias predominantes nas respostas a cada questão e, numa segunda averiguação, enquadramos as respostas nas categorias pré-definidas, sendo que uma resposta poderia estar enquadrada em mais de uma categoria. Uma vez tabuladas as respostas em suas respectivas categorias, aplicamos um tratamento estatístico em busca das medidas de tendência central.

Para as questões onde foi aplicada a escala de Likert, que é uma escala psicrométrica da importância que o conselheiro dá as questões propostas, apresentamos em cada questão uma escala que vai de 0 a 5, assinalando sempre como 0 a menor impressão sobre a questão e 5 a maior. Para análise dessas questões, não podemos considerar apenas a tendência central, pois muitas vezes as conclusões são bipolares ou mesmo tripolares ou com uma pequena diferença entre uma ou outra alternativa. Então para análise dessas questões, optamos por apresentar o quadro completo do comportamento, devidamente hierarquizado, de forma a dar uma visão panorâmica sobre a opinião dos conselheiros. Agimos dessa mesma forma na análise das questões com múltiplas escolhas.

Apenas nas questões com uma única opção de resposta, apresentamos a média das respostas preponderantes com suas respectivas medidas de confiabilidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos os dados recolhidos junto a amostra de respondentes da região pesquisada, abordando, principalmente o perfil dessa amostra e a necessidade de mais conhecimento segundo os entrevistados. A seguir os dados mais significativos.

5.1 Perfil da Amostra e Considerações sobre Informação e Capacitação Sobre a Ótica dos Conselheiros

Foram apurados 108 questionários oriundos de 63 municípios nos quatro estados da Região Sudeste, sendo estes estratificados pela capacidade de receber o formulário e responder pelo sistema do Google Docs.

Dessa amostra, 44,1% eram do sexo masculino e 55,8% do sexo feminino. Sobre a formação acadêmica, 1,8% tinha apenas o Ensino Fundamental; 24,5% Ensino Médio e a grande maioria (73,6%) afirmou ter o Ensino Superior. Vale esclarecer que esta proporcionalidade, acreditamos, não espelhe o universo dos conselheiros de saúde, pois esta amostra captada na Internet, por si só, já é tendenciosa nesse quesito, pois demanda que os respondentes fossem “alfabetizados digitais”.

Nessa amostra, 8,4% eram representantes dos trabalhadores em saúde; 37,8% dos usuários, 21% dos gestores e 35,8% não indicaram o tipo de representação.

Além das características sócio-demográficas, procuramos averiguar vários aspectos sobre informação e capacitação entre os conselheiros. Inicialmente, gostaríamos de apresentar os resultados sobre o questionamento:

“Em sua opinião, as categorias mais bem informadas têm maior influência nos debates realizados no Conselho de Saúde? Por quê?” foi introduzida no questionário, a partir da nossa presunção afirmativa, pois é do conhecimento comum a ideia de que “informação é poder”. No entanto, sabemos que no controle social há

controvérsias a esse respeito por se tratar de um discurso pretensamente elitista, que visa excluir dos debates as categorias menos instruídas e, portanto, a grande maioria da população. Isso faz com que as propostas das elites instruídas sempre prevaleçam, retroalimentando o esquema que mantém o status entre os que dominam e os que são dominados. Apesar disso, 90% dos que responderam à questão concordaram com a relação entre a informação e a influência nos debates. Apenas seis, entre 89, disseram que não havia influência, argumentando que, mesmo mal informados tecnicamente, eram profundos conhecedores dos problemas dos grupos aos quais representavam e que as posições, dentro do Conselho, são tiradas em um jogo político onde nem sempre prevalecem os argumentos técnicos. Três dos que responderam, condicionaram a influência ao tipo de discussão que é travada. Ao justificarem suas respostas, outros 17 conselheiros afirmaram que o conhecimento proporciona maior poder argumentativo, colaborando para que as reuniões sejam mais dinâmicas e melhorando a qualidade dos debates. Sete conselheiros afirmaram que a falta do conhecimento frente a outros que se mostram conhecedores dos assuntos tratados, provoca a inibição entre os participantes, que deixam de manifestar-se para não se expor.

Segundo 11 conselheiros, o que está no centro dessa questão é o desconhecimento que o conselheiro tem do seu papel social e da sua capacidade de influenciar as ações de saúde no seu município. Com isso, o gestor e os trabalhadores em saúde acabam dominando os debates, segundo quatro conselheiros

Pinçamos as respostas mais bem articuladas dos conselheiros, que representam bem o espírito geral que move as respostas a essa questão:

“Os secretários de saúde e demais representantes do governo, chegam nas reuniões falando difícil, falando sobre várias siglas, em tom de voz imponente, com vários recursos audiovisuais, lanches etc. e os conselheiros representantes dos usuários geralmente não têm estrutura física dos conselhos para se prepararem. São na grande maioria cidadãos simples, tentam argumentar mas não têm conhecimento, técnico e jurídico. Os regimentos internos são muito confusos. Muitos querem ser conselheiros mas não se preocupam e se preparam para as reuniões. É um compromisso assumido de livre e espontânea vontade, mas no entanto tem que conseguir tempo para exercer tal trabalho voluntário, apesar de achá-lo gratificante”
“Sem dúvida os gestores são profissionais e os trabalhadores têm sindicatos com recursos para manter assessoria e apoio administrativo, no entanto, os usuários são fragmentados e sem recursos para se organizarem...”

“Os menos informados acham que o governo faz favor em realizar os serviços, as obras, o atendimento ao povo. Isso mostra, na minha opinião, que eles não sabem diferenciar quais são as obrigações do estado e qual a parcela de participação do cidadão no controle social”.

As respostas parecem evidenciar, o que se apresenta como mais óbvio, a fragilidade da participação nos Conselhos de Saúde, do homem simples, do povo e não detentor de conhecimentos refinados sobre saúde pública, sobre legislação e gestão, pois essa exigência inviabiliza sua participação cidadã como conhecedor dos problemas da sua comunidade. No entanto, numa análise mais detida sobre a questão o que acaba ficando claro é que os movimentos sociais, que são representados nos Conselhos de Saúde, é que precisam ser fortalecidos de forma a municiar seus representantes do conhecimento e da assessoria técnica e jurídica necessárias. Isso fica claro ao percebermos nas respostas que o movimento sindical dos trabalhadores em saúde, que já se encontra relativamente organizado, é capaz de subsidiar não apenas tecnicamente os seus representantes, mas principalmente politicamente, fazendo com que suas posições acabem prevalecendo em muitos debates. Capacitar conselheiros é suprir uma lacuna deixada pelos movimentos sociais.

A questão “Em sua opinião, a falta de informações/conhecimento por parte dos conselheiros cria dificuldades para que o conselho exerça seu papel social? Quais dificuldades?” foi adicionada à pesquisa para captar o sentimento dos conselheiros sobre a efetividade do conselho em função da deficiência de informações/conhecimentos, mas por se parecer um pouco com a questão anterior, que visava conhecer a influencia desses fatores nas relações entre os diversos interesses, às vezes divergentes, no conselho, muitos responderam de forma semelhante. Mesmo assim pudemos aproveitar boa parte das respostas. Dos 84 conselheiros de quatro estados que responderam a esta questão, 77 concordaram que a falta de conhecimento tenha efetividade no cumprimento do seu papel social. Apenas cinco conselheiros não concordaram com esta afirmativa.

Um deles disse: “Não porque o grupo se interagem (sic) e esta se atualizando e buscando novas informações”(Rio de Janeiro).

Entre aqueles que concordam com a afirmativa, podemos ressaltar os seguintes depoimentos:

“Sim, com certeza. A falta de informações e conhecimentos de um conselheiro gera uma dificuldade de expressão e insegurança e claro isso influencia no desempenho da sua atuação dentro do conselho.” (São Paulo).

“Sem dúvida, o que se observa é que as decisões acabam sendo influenciadas por quem detém o conhecimento e em muitos casos essas pessoas fazem parte da

gestão. Com isso, o conselho acaba atendendo aos interesses do gestor e não da comunidade. Acredito que em nosso município isso não seja prejudicial porque o corpo técnico da gestão é muito qualificado e muitos são defensores do SUS. Entretanto, isso não ocorre na maioria dos municípios.” (Rio de Janeiro).

Estas afirmativas corroboram com os dados levantados já que 13/77 responderam que quem tem mais informação acaba conduzindo as discussões dentro do Conselho:

“Quando você tem a informação correta, sobre o assunto que vai deliberar e tem que ficar cara a cara com o gestor do SUS, cobra explicações e este vai lhe respeitar. Mas a maioria dos conselheiros são (sic) pessoas simples, com poucos estudos, porque as camadas da sociedade, com certo poder financeiro, desconhecem o conselho municipal de saúde, geralmente usam o plano de saúde e não o SUS. Vejo este fato, principalmente, nos pequenos municípios. Os conselheiros eleitos imaginam que vão apenas fiscalizar pequenas denúncias contra falta de medicamentos, falta de humanização da medicina etc, mas quando são obrigados a deliberar e votar sobre outros assuntos como relatório de gestão, que tem várias partes como pacto pela saúde, que está atrelado ao plano Diretor de Saúde do município, tem informações no Siops, do Datasus, na sua grande maioria desconhece todos estes fatos. Diante do exposto, acabam aprovando irregularidades grotescas, e não conseguindo assim corrigir possíveis desvios.” (Minas Gerais).

É curioso notar que entre 77 respondentes, 12 afirmaram que situações como essa descrita acima acabam provocando um atrelamento ao gestor; outros 13 respondentes acrescentaram que essa falta de conhecimento ainda dificulta ou atrasa o debate para as prestações de contas dos gestores ou de algum projeto do interesse do município enviado pelo gestor.

Para a indagação sobre a opinião dos conselheiros sobre “Se a maioria dos conselheiros de saúde tem informações/conhecimentos necessários para o exercício das suas funções.” Do total de respondentes (108), 95 (90,4%) disseram que não. Por mais que possa parecer meio óbvio para quem exerce suas funções na área da saúde, a ideia desse questionamento era verificar como os conselheiros se avaliam. Por incrível que pareça, o resultado deste questionamento, trouxe manifestações muito interessantes como:

“a resposta acima refere-se a minha situação e acho que a da maioria não é diferente. Quando assumi como conselheira, nem sabia que existiam conselhos de saúde, quanto mais atribuições. Hoje, sei um pouco, mas mesmo assim acho que ainda falta muito chegar lá. Acho que o que atrapalha muito é que o povo brasileiro não tem costume de participar das ações do governo, não só da saúde.” (Espírito Santo).

Do mesmo estado, pinçamos outro depoimento que corrobora esta visão:

“A capacitação para os conselheiros de saúde, quando ocorre é incipiente, e a cidadania não pode ser adquirido (sic) de um dia para outro, deve-se trabalhar uma educação permanente na população, no intuito de eleger cidadãos com um mínimo de nível de conhecimento.” (Espírito Santo).

De uma forma geral, as respostas a esta questão vão além da confirmação do que esperávamos em relação ao desconhecimento dos conselheiros sobre suas próprias atribuições (13/108). Na tentativa de identificar a raiz do problema, os conselheiros apontam questões estruturais, como a falta de educação básica (14/108) e de educação para a cidadania, ou para a pouca legitimidade do próprio conselheiro que, em muitas ocasiões, é indicado para o Conselho, pela sua entidade. Um bom exemplo veio de um conselheiro de Minas Gerais:

“Penso: que a educação tem de vir a partir do ensino fundamental, curso de cidadania. Grande parte dos conselheiros entram (sic) para o conselho sem conhecimento algum e fica (sic) dois anos para aprender. Alguns ficam e outros saíam (sic) o conselho continua frágil. Precisamos investir mais na educação do cidadão. As escolas de saúde só capacitam trabalhadores da saúde e deixam de lado o cidadão; o conselheiro deveria ter curriculum base para se candidatar, porisso (sic) temos que criar cursos de capacitação de cidadania... obs: sou deficiente visual” (Minas Gerais).

Esta indicação para o Conselho se dá, muitas vezes, pelo simples fato de estar disponível e não por seu engajamento na luta social da saúde, provocando com isso inadequação para a função, desqualificação e o conseqüente desinteresse (8/108).

“... as dificuldades, principalmente no setor de usuários, são enormes, pois todos dependem de doar seu tempo de trabalho, família, para se dedicarem ao conselho e o governo não está nem aí, em contra partida (sic) os profissionais e gestores utilizam seu tempo do trabalho que já ganham, para se dedicarem ao conselho, isso quando acontece.” (Rio de Janeiro).

Em relação às dificuldades esperadas pelos conselheiros de saúde, caso fosse implantado um grupo de estudo, através da Internet para a troca de informações por escrito, 56% apontaram o tempo, seguido pela disponibilidade (47%). A dificuldade com o uso da tecnologia vem em terceiro lugar com 45%. O acesso a computadores aparece em 43% das respostas e a dificuldade com a comunicação escrita foi o único item a discrepar com apenas 19%. Cabe ressaltar que esta questão foi elaborada, possibilitando ao conselheiro responder a múltiplas opções. Por esse motivo, encontramos percentuais muito próximos entre as opções,

a exceção com a comunicação escrita, para a qual os conselheiros parecem ter dado uma menor importância em relação às outras dificuldades propostas. Sobressai nessa análise este resultado em virtude de termos encontrado diversos erros na construção das frases nas questões qualitativas. Ou os conselheiros, realmente, não dão importância a isso, ou não tem consciência dos limites da sua escrita, pois muitas vezes, tivemos que ler e reler as respostas para tentarmos entender o que aquele conselheiro queria expressar.

Quando questionado sobre a adesão que teria entre os conselheiros de saúde a criação de um site na Internet para a troca de informações, obtivemos, numa escala de Likert, um quadro bimodal, fortemente concentrado no maior nível e no nível intermediário (ambos com 34% das respostas).

Como reconhecemos a tendência central nas respostas dadas numa escala de Likert, podemos concluir que, na opinião dos conselheiros de saúde, haveria uma forte adesão à criação do site.

Ao justificarem suas respostas, 20 dos conselheiros revelaram apreensão quanto à dificuldade advinda da baixa escolaridade e da limitação no uso do computador e da Internet. O custo de acesso à Internet também foi lembrado em cinco respostas.

No entanto, 27 respostas afirmavam acreditar que a adesão seria justificada pelo aumento na troca de experiência, informações e conhecimentos e pela aprendizagem proporcionada.

Como esta questão permitia que o conselheiro, caso quisesse, se expressasse mais, transcrevemos o seguinte depoimento ilustrativo que, em nossa opinião, reflete o panorama dos Conselhos:

“Sou Conselheiro apenas 3 meses. Não recebi até hoje nenhum treinamento da Gerência Regional de Saúde, e já tive que deliberar sobre vários assuntos como PAVS, Relatório de Gestão e demais relatórios e tudo sem nenhum treinamento e com uma má vontade por parte das Secretarias de Saúde a prestar certos esclarecimentos. Para os gestores do SUS, a nível municipal, pelo que observo, quanto maior for a falta de qualificação dos conselheiros em fiscalizar e de onde buscar as informações corretas, será melhor para os gestores do SUS poderem manipular os conselheiros facilmente”. (Minas Gerais).

Além dos tópicos acima, esta pesquisa propôs ainda aos conselheiros de saúde oito ramos do conhecimento que julgamos relevantes para a prática de sua atividade e pedimos que assinalasse na escala de Likert o grau de importância de

acordo com sua ótica. Os resultados estão tabulados na tabela 1, seguido dos respectivos comentários. No entanto, esse resultado não pode ser visto como uma espécie de currículo mínimo para a capacitação de conselheiros, uma vez que a realidade da situação de saúde e da prática do controle social em cada município aponta para necessidades específicas de capacitação que podem passar por pontos inimagináveis no universo pesquisado. Ou seja: enquanto o grande problema de saúde, para alguns, passa pelo saneamento básico e pela atenção básica, para outros está centrado na quantidade de leitos de CTI ou de maternidades disponíveis. Incompatível com esse tipo de conhecimento. Ao elaborarmos a questão número 7 intitulada “Na sua opinião, qual o conhecimento que um Conselheiro de Saúde deve ter sobre os tópicos abaixo” sob a metodologia de escala de Likert e disponibilizarmos apenas opções positivas sendo 1 igual a “nenhuma” e 5 igual “muito grande”, nossa análise se deu da seguinte forma:

Tabela 2 - ponderada sobre necessidades de conhecimento segundo os entrevistados

Tabela ponderada	1	2	3	4	5	soma	ranking
Inf. Em saúde	0	4	63	132	265	464	4
Legislação	0	10	84	136	200	430	7
Organização do SUS	0	4	39	140	295	478	3
Atribuições do CS	0	6	6	72	440	524	1
Contabilidade do Município	1	14	138	92	200	445	5
Experiências bem sucedidas em saúde	5	10	123	120	120	378	8
Experiências bem sucedidas em outros conselhos	0	10	63	156	205	434	6
Noções sobre problemas de saúde	0	6	30	188	260	484	

Tabela 3- normal sobre necessidades de conhecimento segundo os entrevistados

Tabela normal	1	2	3	4	5
Inf. em saúde	0	2	21	33	53
Legislação	0	5	28	34	40
Organização do SUS	0	2	13	35	59
Atribuições do CS	0	3	2	18	88
Contabilidade do Município	1	7	46	23	40
Experiências bem sucedidas em saúde	5	5	41	30	24
Experiências bem sucedidas em outros conselhos	0	5	21	39	41
Noções sobre problemas de saúde	0	3	10	47	52

Tabulamos a distribuição de frequência para cada categoria (1 a 5) e multiplicamos as frequências pelos pesos 1 a 5 de acordo com a valoração da categoria. Essa multiplicação foi feita com o objetivo de maior valor às frequências de maior peso. Somamos os resultados acima obtidos para cada questão e assim fizemos um ranking do resultado. A tabela acima nos mostra que para os respondentes o item mais importante, por exemplo, seria conhecer mais sobre **Atribuições do Conselho de Saúde**, seguido por, respectivamente, como segundo item mais importante, **Noções sobre problemas de saúde** e, em terceira colocação, **Organização do SUS**. O menor interesse desses conselheiros recaiu sobre o item **Experiências bem sucedidas em saúde**, antecedido por **Legislação do SUS**.

Este ranqueamento, em nossa opinião, reflete exatamente o sentimento capturado nas questões qualitativas, validando o instrumento que, ao repetir de forma diferenciada os mesmos temas, obteve respostas similares. A exceção foi à relação ao item **Contabilidade do município**. Talvez, o uso deste termo, tenha induzido os respondentes a uma rejeição, pois nas questões qualitativas os respondentes demonstraram grande interesse por entendimento mais aprofundado pelas prestações de conta das prefeituras.

Além dessas questões acima, os conselheiros também manifestaram interesse por política, cidadania e participação popular e por compras e licitações públicas.

“Quais outros conhecimentos são necessários a um conselheiro de saúde?”. Esta foi introduzida na pesquisa a fim de refinarmos a compreensão sobre os pontos onde, na visão dos conselheiros de saúde, seria necessário investir em capacitação. Nas questões iniciais sobre esse assunto, nós induzimos as repostas ao definirmos o que era importante e solicitarmos apenas que o conselheiro atribuísse um grau de importância para cada uma das áreas do conhecimento apresentadas. Com essa questão aberta, é possível conferirmos se tratamos de todas as categorias do conhecimento desejável a um conselheiro e quais outras seriam importantes em um programa de capacitação.

Assim, ao instarmos os conselheiros a apontarem quais outros conhecimentos são necessários, obtivemos como respostas praticamente os mesmos itens que havíamos proposto, mas com enfoque no próprio município. Dessa forma, o conselheiro deseja conhecer melhor pontos como funcionamento da

saúde no município, orçamento e prestação de contas da prefeitura, as demandas da população, os problemas municipais na gestão da saúde, a estrutura da saúde no município e a análise de indicadores municipais em saúde.

Ao analisarmos o conjunto de respostas (N=108) a essa questão, conseguimos identificar oito grandes categorias, onde tabulamos as necessidades de capacitação apontadas. A observação desses resultados deve levar em conta serem essas categorias puramente analíticas, não se traduzindo automaticamente em um possível programa de capacitação, visto que, muito do conhecimento aí descrito é altamente interdependente. Por exemplo: não podemos falar em políticas públicas em saúde sem mergulharmos no que o SUS representa em relação a essas políticas.

São as seguintes as categorias:

Sistema Único de Saúde – (23 citações) Inclui aspectos como a legislação do SUS e a sua organização nas três esferas de governo, com ênfase para a organização específica no município onde ocorra a capacitação. As pactuações na Tripartite e na Bipartite e o as regras de financiamento do SUS. Incluímos aí também os conceitos básicos em saúde pública.

Saúde no município – (19 citações) Aborda questões tais como as informações em saúde e o conhecimento do município nos diversos aspectos do interesse da saúde.

Orçamento e gestão em saúde – (18 citações) agregamos em uma categoria que denominamos “as demandas por conhecimento tais como contabilidade pública, orçamento da União para saúde, orçamento municipal, gastos municipais com a saúde, legislação para compras públicas e licitações e princípios de administração pública”.

Política, ética e cidadania – (11 citações) incorpora demanda por conhecimentos sobre política, cidadania, ética, responsabilidades individuais e coletivas, a participação popular e a mobilização e comunicação em saúde.

Conselhos de Saúde e Conselheiros – (10 citações) agrega as questões relativas aos diplomas legais dos Conselhos de Saúde a as prerrogativas e responsabilidades dos conselheiros.

Políticas públicas em saúde – (4 citações) contém questões sobre os processos de formulação e de acompanhamento de políticas públicas relativas à saúde pública

Informática e Internet – (3 citações) incorpora as demandas por conhecimento em informática básica e a navegação na Internet, principalmente nos *sites* onde o conselheiro é capaz de obter informações em saúde, leis, portarias, etc.

Outros – (3 citações) aqui agregamos a demanda dos conselheiro por conhecimentos mais aprofundados tais como sociologia, economia e psicologia social.

Observe que, com exceção das categorias “política, ética e cidadania”, “informática e Internet” e “outros”, as demais categorias já haviam sido apresentadas para os conselheiros na forma das questões anteriormente propostas com escalas de Likert, o que, de certa forma, valida as categorias anteriormente propostas nessas questões.

A seguir comentamos algumas outras questões onde procuramos aferir o perfil do usuário em relação a participação em programas de capacitação e seu perfil como usuário de Internet.

Nesse aspecto, os questionamos se já havia participado de algum programa de capacitação para conselheiros. O resultado encontrado mostrou que a maioria 53,8% afirmou que sim, já havia participado. Entre os que participaram, os questionamos se o programa atendeu suas expectativas. Apenas seis conselheiros responderam que sim, plenamente. A maioria apontou o aproveitamento nos cursos de capacitação entre os níveis 3 e 4 de uma escala de Likert de 1 a 5.

Além dessa questão acima, ainda fomos investigar se já havia participado de um grupo de estudo, 49% afirmaram que sim. Também o indagamos de já participou de algum fórum na Internet. Quanto a isso, 36,7% afirmaram ter participado e, entre esses, a maioria confirmou ter obtido uma melhoria no conhecimento.

Quanto à habilidade para navegação na Internet, 96,8% afirmaram que se sentem confortáveis. Entre estes, 89% navegam diariamente na Internet, sendo que 48% o fazem de suas residências, 39% da sede do trabalho, 9% da sede do Conselho e apenas 0,5% acessam por meio de *lan house*.

Entre as ferramentas mais citadas pelos respondentes, sintetizamos as seguintes: 22,4% utilizam *email*; 15% utilizam ferramentas de busca; 10,5% frequentam redes sociais. E quanto aos programas mais utilizados no computador, os conselheiros citaram o editor de texto (38%); 24% utilizam banco de dados; 23% gerador de apresentações e 22% usam planilhas.

6 ALGUMAS CONCLUSÕES

Demonstramos ao longo deste trabalho a fundamentação teórica da sociologia clássica de Weber, Tönnies e Durkheim para as comunidades, e concluímos com Planells (2003) que “o ciberespaço não é apenas uma rede de computadores, mas o resultado da atividade social dos usuários de computadores conectados entre si e espalhados em todo o mundo”. Ainda segundo este autor, existiria uma tendência dos indivíduos, conectados no ciberespaço, de aproximação virtual com outras pessoas que estejam fisicamente próximas e que compartilhem do mesmo idioma e os mesmos problemas e/ou tenham os mesmos projetos e aspirações. Isto configuraria as comunidades virtuais, onde as pessoas desenvolvem o sentimento de pertença, participam ativamente da vida em comum e estão ligadas a um mesmo território virtual, delimitado no ciberespaço. Castells (1999) define essas agregações como sociedade em rede, nome que considera bem mais apropriado que a designação de comunidade virtual.

Sociedade ou comunidade em rede, não importa a nomenclatura do fenômeno social, pois de uma forma ou de outra, segundo Rheingold (1993), essas agregações surgiram para recuperar algo de um mundo real, onde na atualidade as pessoas tendem a estar cada vez mais isoladas fisicamente, construindo assim os lugares comuns onde as velhas comunidades de Tönnies se encontravam e exerciam a vida comunitária.

Algumas comunidades na Internet possuem propósitos muito específicos e quase nenhuma vida social. Em função desse propósito, as pessoas entram na comunidade, obtêm o que gostariam de forma anônima e se vão, quase sempre sem deixar qualquer contribuição para a comunidade.

Nas comunidades de prática, segundo Lave e Wenger (1991), os participantes, embora também possuam propósitos específicos, desenvolvem um sentimento de pertencimento e onde se busca a promoção do crescimento comunitário e, ao fazê-lo, seus membros alcançam o seu crescimento individual.

A hipótese que nos mobilizou para este estudo foi a de que as CoP são capazes de proporcionar aos conselheiros de saúde um ganho de conhecimento. Porém, não podemos com os resultados deste estudo, aferir se esta é uma

afirmativa verdadeira, pois para isso precisaríamos realizar estudos sobre uma comunidade implantada, o que foge ao nosso escopo no momento.

No entanto, podemos somar elementos preliminares que nos permitam conhecer o grau de adequação das CoP, ao perfil dos conselheiros de saúde da região Sudeste, com acesso à Internet, assim como a sua efetiva demanda por informação/capacitação. A ideia é a de que, dessa forma, possamos criar um substrato de conhecimento que nos permita em um estudo futuro, implantar com segurança uma comunidade de prática piloto, que nos proporcionaria a oportunidade de observar e de tirar conclusões sobre o assunto.

Em qualquer estudo sobre o uso da Internet no Brasil ficam logo evidenciados dois importantes fatores: a baixa escolaridade da população e a exclusão digital. Em nosso estudo, isso não foi diferente, pois apesar de termos trabalhado com uma amostra formada em sua quase totalidade por conselheiros com nível superior ou nível médio, e todos com desenvoltura no uso da Internet, as respostas ao nosso questionário foram taxativas ao apontarem para o fato de que a maioria dos conselheiros de saúde é formada por pessoas muito simples, com baixa ou nenhuma escolaridade.

Como agravante à essa questão, o fato de que mesmo entre os conselheiros com boa escolaridade e proficiência na navegação na Internet, muitas vezes estes não possuem acesso fácil a um computador ligado à rede e, quando o tem, o fazem a partir de uma conexão de baixíssima velocidade.

Apesar de uma forte demanda por capacitação, muitos conselheiros nos apontaram que o seu tempo disponível para isso seria outro problema, pois muitos já possuem enormes dificuldades em se liberar dos seus empregos para as reuniões ordinárias do Conselho.

Na opinião de muitos conselheiros, haveria também um desinteresse por parte de muitos dos participantes, pois segundo relatos, muitos deles estão ali por serem os únicos disponíveis em suas entidades para participarem das reuniões; outros pelo status que julgam obter, ao se apresentarem como conselheiros de saúde. Estes, na verdade, acabam não participando efetivamente das atividades do Conselho, até por não compreenderem o que está sendo discutido. Ainda segundo este mesmo ponto de vista, a deficiência estaria bem antes dos Conselhos de Saúde. O problema se originaria na incipiente organização da sociedade e na fragilidade das entidades que indicam os membros para os Conselhos de Saúde.

Isso acaba por fragilizar o conceito de cidadania e faria com que os conselheiros desconhecêssem os seus deveres enquanto representantes populares no controle social da saúde.

Tudo isso parece formar um quadro desanimador, mas na realidade não é, pois sabemos que a democracia se constrói no exercício permanente da cidadania e da participação e isso se traduz no respeito ao homem simples do povo, pois ele sabe perfeitamente o que é melhor para sua comunidade, mesmo que, muitas vezes, se perca nos meandros da burocracia da administração pública.

Era exatamente a esse homem simples, que esse projeto pretendeu alcançar. Muito embora já soubéssemos que a questão do baixo nível educacional e da exclusão digital fossem limitadores, entendemos que se todo o Conselho, ou pelo menos boa parte dele, esteja engajado em um projeto de capacitação, através do uso de uma CoP, mesmo os conselheiros excluídos digitalmente, obteriam ganhos de conhecimento.

Segundo Jean Lave (1993), o simples fato de participar de uma comunidade onde se pode aprender e que aplica na prática os conhecimentos adquiridos, já seria o suficiente para proporcionar um ganho de conhecimento a todos os seus membros, mesmo para aqueles menos experientes ou menos capazes.

Esta pesquisa confirma a necessidade de algum tipo de capacitação para que os conselheiros de saúde possam exercer o seu papel social, já que 90,4% dos pesquisados responderam que julgam não possuir os conhecimentos/informações necessárias para tal.

Em relação à adesão que teriam a um ambiente virtual para troca de experiências/informações, praticamente 70% das respostas se concentraram nos dois quartis superiores da escala de Likert, demonstrando dessa forma que uma iniciativa como essa teria uma forte adesão entre os conselheiros de saúde pesquisados. Nesse caso da região Sudeste, o acesso à Internet não seria um problema, já que 97% afirmaram navegar confortavelmente na rede de computadores, sendo que 89 % revelou fazê-lo diariamente.

Apesar da demanda por capacitação e da possibilidade de que isso seja feito de forma *online*, os conselheiros pesquisados não priorizaram a troca de experiências bem sucedidas com outros Conselhos de Saúde, já que na tabulação dos pontos de interesse por capacitação, os dois itens que se referiam explicitamente a troca de experiências (Experiências bem sucedidas em saúde e

Experiências bem sucedidas na atuação de outros conselhos de saúde) ficaram, respectivamente, na sexta e na última colocação em um ranking de oito itens.

Em nossa análise, esse posicionamento na classificação não ocorre por desinteresse por esse tipo de conhecimento e sim pela mais completa carência por conhecimentos mais básicos para o funcionamento de um Conselho de Saúde, coisas como: as atribuições de um Conselho de Saúde, que ficou em primeiro lugar no ranking, ou noções básicas sobre os principais problemas de saúde pública, que ficou em segundo lugar no ranking, ou ainda a organização do SUS, que foi identificado em terceiro lugar.

Para concluir, insistimos que dentro dos Conselhos de Saúde já ocorre um processo de cognição situada como o que ocorre nas comunidades de prática e isso acontece em decorrência da interação social interessada (LAVE, WENGER, 1991). Isto dá em função de um processo denominado por Lave como “Participação periférica legitimada”

Segundo Santos (2003), estamos o tempo todo, mesmo que não percebamos isso, participando de comunidades onde ocorre a cognição situada como, por exemplo, em casa, nos locais de trabalho, onde professamos a nossa religião, em associações, etc. Por isso mesmo, Wenger afirma que as comunidades de prática surgem naturalmente nos ambientes onde elas se fazem necessárias.

Utilizar comunidades de prática para capacitação de conselheiros corresponde então a necessidade de informatização e das telecomunicações para ampliação que envolveria vários Conselhos de Saúde, em um processo já existente.

Vimos que existe entre os conselheiros de saúde, uma forte demanda por conhecimentos em um ambiente institucional que favorece moderadamente a utilização da Internet como um recurso para o aprendizado. Vimos também que os conselheiros não rejeitam a proposta da utilização de um espaço na Internet para a troca de informações/conhecimentos. Esses fatos, então, nos levam a sugerir a disponibilização de um ambiente monitorado para troca de experiências/informações/conhecimentos entre os conselheiros de saúde, de forma que nos permita conclusões empíricas sobre o ganho de conhecimento em comunidades de prática integradas por conselheiros de saúde.

A democracia é um processo que se renova permanentemente nas experiências vividas e que se amolda para atender a correlação de forças dentro do contexto em que se dá o seu exercício. Desse modo, o controle social da saúde,

através das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde, significou uma enorme conquista da sociedade brasileira depois da “longa noite” da ditadura militar. Da promulgação da Constituição de 1988 até os dias atuais, são decorridos mais de 20 anos de construção desse novo paradigma para a democracia brasileira, e já podemos observar seus primeiros frutos em alguns municípios onde a reorganização da sociedade civil brasileira se deu de forma mais rápida e efetiva na forma de um engajamento da população na luta por um Brasil mais justo e equânime.

Não esperamos que a formação de conselheiros de saúde se defina como a última etapa para a construção dessa sociedade democrática e inclusiva, mas estamos certos de que essa formação é capaz de fazer um grande acréscimo ao processo contínuo de aperfeiçoamento dessa democracia que almejamos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a ideia inicial deste projeto tenha sido modificada, pois a implantação de uma comunidade de prática (CoP) para conselheiros de saúde demandaria um tempo muito maior para análises mais aprofundadas sobre as características, o funcionamento e as discussões advindas com essa ferramenta; a enquete criada, desenvolvida e aplicada junto aos conselheiros da região Sudeste se mostrou altamente enriquecedora e fundamental por vários motivos.

Primeiramente, pois identificamos um cadastro de conselheiros de saúde, existente dentro do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Um sistema que, a princípio, é para controle do uso de recursos do SUS pelos municípios, mas que se mostrou altamente pertinente, pois permite o acesso a uma ampla gama de conselheiros de todas as regiões do país.

Outro aspecto resultante deste projeto e também de fácil acesso para qualquer pesquisador interessado foi a descoberta de uma ferramenta disponibilizada pelo Google Docs (<https://docs.google.com>) que auxilia a construção de formulários de pesquisa, o envio e depois sua análise.

Por último e mais importante, foi perceber o interesse dos conselheiros de saúde da região Sudeste em discutir o tema capacitação nos Conselhos. Através dessas duas ferramentas (cadastro Datasus e Google Docs), tivemos a oportunidade de construir uma amostra significativa da região e não se utilizar de amostras de conveniência, muitas vezes usadas por falta de opções.

A riqueza das respostas de uma amostra aleatória foi para nós o grande diferencial deste estudo que, na verdade, acreditamos não se esgota em si mesmo. cremos veementemente que novos estudos sobre a temática capacitação de conselheiros de saúde devam ser feitos Brasil afora, identificando a conveniência ou não da implantação de CoP para conselheiros de saúde.

Apesar de nossa amostra só ter contemplado os “alfabetizados” digitais e excluído os conselheiros “analfabetizados funcionais”, aqueles que responderam à enquete mostraram um forte interesse pela capacitação. Assim, acreditamos que as CoPs possam ser uma importante aliada na democratização das discussões sobre diversos assuntos correlacionados não só aos Conselhos de Saúde, mas ao SUS de

forma ampla, contribuindo nessa longa trajetória de amadurecimento de um Sistema de Saúde que seja universal, integral, descentralizado, que busca a equidade com a participação popular.

O emprego de comunidades de práticas para a formação de conselheiros de saúde é uma ideia inovadora e que, portanto, não se esgota neste projeto. Existem muitas outras possibilidades a serem exploradas tanto em relação às ferramentas utilizadas quanto às práticas adotadas.

Enquanto finalizávamos este trabalho, fomos convidados pelo Conselho Nacional de Saúde, através do Datasus, para implantarmos uma comunidade de prática a nível nacional, integrada por representantes dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Acreditamos que, com a experiência adquirida ao longo dessa trajetória, teremos uma contribuição significativa a dar a esse novo desafio.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: [s.n.], 1979.

BATISTA, Elizabeth da C.; MELO, Elza Machado de. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.337-347, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100036>. Acesso em: 2011.

BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade - a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BRANCALEONE, Cassio. *Comunidade, sociedade e sociabilidade: revisitando Ferdinand Tonnies*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2009. Disponível em: <http://www.iuperj.br/publicacoes/forum/csoarres.pdf>. Acesso em: 09 de 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luis C. *A reforma administrativa do sistema de saúde*. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, outubro, 1995. Buenos Aires, 1995.

BROWN, John Seely ; COLLINS, Alan; DUGUID, Paul. Situated cognition and the culture of learning. *Education researcher*, [s.l.], v.18, n.1, p.32-42, 1989.

BUCHI, Raul de Freitas. *Relações entre comunidades de prática e comunidades de aprendizagem*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006.

CHRISTIPOULOS, Tânia P. *Sustentação das comunidades virtuais de aprendizagem e de prática*. 2008. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

CARVALHO, Antonio I. *Conselho de Saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Ibmam : Fase, 1995.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In. BARATA, R.B. (Org.) *Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CASTELLS, Manuel. *A Galaxia da Internet*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

CASTELLS, Manuel. *Sociedade em Rede*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1999.

CECCIM, Ricardo B.; ARMANI, Teresa B.; ROCHA, Cristiane F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n.2,

p.373-383, 2002.

COTTA, Rosangela Minardi M.; CAZAL, Mariana. de M.; RODRIGUES, Jôsi F. de C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis [online]*, v.19, n.2, p.419-438, 2009. Doi: [http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200010]

CORREIA, Maria Valéria C. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

COX, Andrew. What are communities of practice? A critical review of four seminar works. *Journal of Information Science*, v.31, n.6, p.527-540, 2005. [doi: 10.1177/0165551505057016]

DELA RUE, Keith. The theory and practice of communities. *KM Review*, v.11, n.5, November/December, 2008.

DELLA-LÍBERA, Bianca. *O meio ambiente por alunos do ensino fundamental, sua relação com o conteúdo de websites e a influência de atividades escolares baseadas na educação ambiental crítica*. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação em Biociências e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FERREIRA, F. P. *Comunidades Virtuais*. São Paulo: Editora Herder, 1968.

FICHTER, J. H. Definições para uso didático. In: FERNANDES, Florestan (Org.). *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional : Edusp, 1973. p.153-5.

FREYER, Hans. Comunidades e sociedade como estruturas históricos-sociais. In: Comunidade e sociedade. In: FERNANDES, Florestan. *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional: Edusp, 1973. p.132-9.

GAEDTKE, Kênia M; GRISOTTI, Marcia. Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. *Política e Sociedade*, Florianópolis, v.10, n.19, outubro de 2011. [Doi:10.5007/2175-7984.2011v10n19p115]

GANNON-LEARY, Pat; FONTAINHA, Elsa. Communities of practice and virtual learning communities: benefits, barriers and success factors. *Elearning papers*, n.5, September 2007. Disponível em: <http://www.elearningeuropa.info/files/media/media13563.pdf>. Acesso em: 2011.

GIBSON, William. *Neuromancer*. Tradução de Alex Antunes. São Paulo: Aleph, 2003.

GIDDENS, Anthony. *Modernity and self-identity: self and society in late modern age..* Stanford, Ca.: Stanford University Press, 1991.

GUIZARDI, Francinilube et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis* [online], v.14, n.1, p.15-39, 2004.

KIMIECK, Jorge L. *Consolidação de comunidade de prática: um estudo de caso no Proinfo*. 2002. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) - Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2002.

KONDER, Leandro. *Marxismo e alienação. Contribuição para um estudo do conceito marxista de alienação*. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2009.

LAVE, Jean. Situating learning in communities of practice. In: RESNICK, L.B.; LEVINE, J.M. ; TEASLEY, S.D. (Eds). *Perspectives on socially shared cognition*. Washington, DC: American Psychological Association, 1993. p.17-36.

LAVE, Jean; WENGER, Etienne. *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. (First published in 1990 as Institute for Research on Learning report 90-0013).

LEVY, Pierre. *O que é o virtual*. São Paulo: Editora 34, 1996.

MACIVER, Robert; PAGE, Charles. Comunidade e sociedade como níveis de organização social. In: FERNANDES, Florestan. *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional: EdUSP, 1973. P.117-131.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento. as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Atenas, 2001.

MENGELLI, Neli M. *Interações, redes e comunidades de prática (CoP): subsídios para a gestão do conhecimento na educação*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MERCADANTE, Aloísio O. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, F. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.236 -313.

MERTON, Robert K.; FISKE, Marjorie L.; KENDALL, Patricia L. *The focused interview: a manual of problems and procedures*. 2 ed. New York: Free Press, 1990.

MÉSZANOS, István. *A Teoria da Alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

MINAYO, Cecília; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade. *Caderno de Saúde Pública*, v.9, n.3, p.239-362, 1993.

MOULE, Pam. Developing the communities of practice, framework for on-line learning. *The Electronic Journal of e-Learning*, v.4, n.2, p.133-140, 2006.

PARK, Robert; BURGESS, Ernest. Comunidade e sociedade como conceitos analíticos. In: FERNANDES, Florestan. *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, Edusp, 1973. p.144-152.

PEDROSA, José Ivo dos S.; PEREIRA, Esdras Daniel dos S. Atenção básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_ed_especial.pdf>. Acesso em: janeiro de 2007.

PERUZZO, Cecília Maria Krohling. Comunidades em Tempos de Redes. In: *COMUNICACIÓN Y MOVIMENTOS POPULARES: Quais redes?*. Porto Alegre: Editora Unisinos, 2002.

PLANELLS, Joan. *Cibersociedad*, 2003. Disponível em <http://www.cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=158> . Acesso em: setembro de 2009.

PRESOTO, Lucia Helena; WESTPHAL, Márcia Faria. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga-SP. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.14, n.1, jan/abr. 2005. [doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000100008>].

RECUERO, Raquel da Cunha. *Comunidades Virtuais, uma abordagem teórica*, 2001. Disponível em: <http://pontomidia.com.br/raquel/teorica.pdf>. Acesso em: setembro de 2009.

RHEINGOLD, Howard. *A Comunidade Virtual*. Lisboa: Gradiva, 1993.

RIBEIRO, Paulo. Comunidades Virtuais - A evolução - Conceitos fundamentais da comunidade de prática. *Scribd*, 2008. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/15826960/comunidades-virtuais-a-evolucao>. Acesso em: setembro de 2009.

SANTOS, Madalena Pinto. *Encontros e esperas com Ardinias de Cabo Verde: Aprendizagem e participação numa prática social*. 2004. Tese (Doutorado em Educação) - Departamento de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, PT, 2004.

TÖNNIES, Ferdinand. Comunidades e sociedades como entidades típico-ideais. In: FERNANDES, Florestan. *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional: Edusp, 1973. p.96-116.

VALLA, Victor V; STOTZ, Eduardo Navarro. *Participação popular, educação, saúde, teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 160p.

VIANNA, Maria Lúcia T. W.; CAVALCANTI, Maria de Lurdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, v.21, p.218-251, 2009.

WEBER, Max. Comunidades e sociedade como estruturas de socialização. In: FERNANDES, Florestan. *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional: Edusp, 1973. p.140-152.

WELLMAN, Barry; GULIA, Milena. *Communities and Cyberspace*. New York: Peter Kollock and Marc Smith, 1999.

WIRTH, Louis. Delineamento e problemas da comunidade. In: FERNANDES, Florestan. *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional: Edusp, 1973. p.82-95.

WENGER, Etienne. *Communities of practice: learning as a social system*. Published in the Systems Thinker, 1998.

WENGER, Etienne. *Supporting communities of practice: a survey of community-oriented technologies*. Report to the Council of CIOs of the US Federal Government. Self-published at www.ewenger.com/tech. 2001.

WENGER, Etienne. *Communities of practice a brief introduction*. June, 2006.

WENGER, Etienne; MCDERMONTT, R.; SNYDER, W. *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston: Harvard Business School Press, 2002.

_____. *Carta de Ottawa*. 1986. In: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: março de 2011.

_____. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde 2000*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm>.

ANEXO - Instrumento de Pesquisa**Conselhos de Saúde - Formação de grupos de estudo**

Você está recebendo este questionário porque você é um Conselheiro de Saúde. Este é um instrumento de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Uerj, conduzido por Eloy Macchiute de Oliveira, que visa encontrar alternativas inovadoras para a capacitação de Conselheiros de Saúde. Se puder gastar alguns minutos para respondê-lo, sua colaboração será de grande valia. Caso tenha alguma dúvida, escreva para macchiute@yahoo.com

Formação:

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior.

Em caso de Ensino Superior, qual a área ?

Sexo:

- Feminino
- Masculino

Tipo de representação: que setor da sociedade você representa no Conselho de Saúde

- Usuário
- Gestor
- Trabalhador
- Outro:

Município:

Na sua opinião, qual o conhecimento que um conselheiro de saúde deva ter sobre os tópicos abaixo:

Informação em Saúde

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Legislação

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Organização do SUS

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Atribuições do Conselho de Saúde

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Contabilidade do Município

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Experiências bem sucedidas em outros Municípios na área da saúde

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Experiências bem sucedidas na atuação de Conselhos de Saúde

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Noções básicas sobre os principais problemas de saúde

1 2 3 4 5

Nenhuma Muito grande

Quais outros conhecimentos são necessários a um conselheiro de saúde ?

Na sua opinião, a maioria dos conselheiros têm informações/conhecimentos necessários para o exercício de suas funções

- Sim
- Não

Por quê?



Você já participou de algum programa de capacitação para conselheiros?

- Sim
- Não

Em caso positivo, em que grau esse curso atendeu às suas necessidades de informação/conhecimento?

1 2 3 4 5

Completamente Nenhum

Você já frequentou algum curso através da internet?

- Sim
- Não

Você participou de algum fórum através da internet?

- Sim
- Não

Em caso positivo, o quanto esse fórum contribuiu para a melhoria do seu conhecimento sobre o assunto tratado?

1 2 3 4 5

Completamente Nenhuma

Você participou de algum grupo de estudos?

- Sim
- Não

Qual o grau de habilidades que você tem para o uso de computadores pessoais?

1 2 3 4 5

Completo Nenhum

Você tem habilidade para navegar na internet?

- Sim
- Não

Em caso positivo, com que frequência costuma usar a internet?

- Diariamente
- 1 vez por semana
- Mais de uma vez por semana
- Raramente
- Nunca

De onde você acessa a internet? pode assinalar mais de uma resposta

- Casa
- Trabalho
- da sede do Conselho
- lan house
- Outro:

O que você costuma utilizar quando acessa a internet? pode assinalar mais de uma resposta

- Email
- foruns de discussão
- salas de bate papo
- cursos a distância
- ferramentas de busca
- comércio eletrônico
- banco
- notícias
- redes sociais como Orkut e Facebook
- Outro:

Quais os programas que você usa no computador: pode assinalar mais de uma resposta

- editor de texto
- planilha eletrônica
- banco de dados
- gerador de apresentações
- Outro:

Na sua opinião, se fosse criado um programa na internet para a reunião virtual de conselheiros de saúde para troca de informações, qual seria a adesão?

1 2 3 4 5

Muito grande Nenhuma

Por quê?

Sob seu ponto de vista, quais seriam as maiores dificuldades se fosse implantado um grupo de estudos para a troca de informações, por escrito, entre os Conselheiros:

- tempo
- disponibilidade
- dificuldade com a comunicação escrita
- disponibilidade com computadores
- dificuldades com a tecnologia
- Outro:

Quais:

Na sua opinião, a falta de informação/conhecimento de algum conselheiro oferece dificuldades para o exercício do papel social do Conselho? Que tipos de problemas?

As categorias mais bem informadas do Conselho têm maior influência dentro dos debates realizados no Conselho ou não?

Por quê?

