

UNIVERSIDADE FEERAL DE MIAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sergio Rossi Ribeiro

**CONSELHOS DE SAÚDE: seu lugar na teia de interações entre atores e
instâncias políticas**

Belo Horizonte
2019

Sergio Rossi Ribeiro

CONSELHOS DE SAÚDE: seu lugar na teia de interações entre atores e instâncias políticas

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Orientador: Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen

Belo Horizonte
2019

150	Ribeiro, Sergio Rossi.
R484co	Conselhos de Saúde: seu lugar na teia de interações
2019	entre atores e instâncias políticas [manuscrito] / Sergio Rossi Ribeiro. - 2019.
	125 f.
	Orientador: Cornelis Johannes van Stralen.
	Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	Inclui bibliografia.
	1. Psicologia – Teses. 3. Participação social - Representação Política. I. Stralen, Cornelis J. van. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



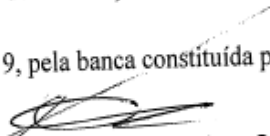
FOLHA DE APROVAÇÃO

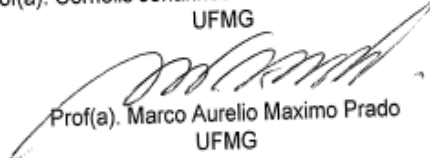
Conselhos de Saúde: seu lugar na teia de interações entre atores e instâncias políticas


SERGIO ROSSI RIBEIRO

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Aprovada em 04 de setembro de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Cornelis Johannes Van Stralen - Orientador
UFMG


Prof(a). Marco Aurelio Maximo Prado
UFMG


Prof(a). Telma Maria Goncalves Menicucci
UFMG


Prof(a). João Leite Ferreira Neto
PUC-Minas


Prof(a). Luana Carola dos Santos
UEMG

Belo Horizonte, 4 de setembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo amor, dedicação e oportunidades que me proporcionam.

Ao Cornelis, pela orientação e por compreender limitações.

Aos professores do PPGPSI/UFMG pelo aprendizado que me proporcionaram.

Aos colegas de doutorado, em especial ao Pão da Alegria, pelos espaços de debate, formação e crescimento.

Aos atingidos pelo desastre da Samarco que, de Mariana à Foz do Rio Doce, me ensinam através do “ser atingido” que um outro mundo é possível. Que este mundo está grávido de outro, como diria Galeano.

Aos conselheiros e conselheiras que lutam e buscam, cotidianamente, um SUS equânime, universal e para todos.

RESUMO

Os Conselhos de Saúde, ao longo dos mais de 25 anos de sua implementação, representam continuidades e rupturas. Configuram-se ora como espaços e experiências de aprofundamento da democracia, transformação da cultura política tradicional e democratização da política de saúde, mas também como uma mera formalidade jurídica, capturada e instrumentalizada por gestores e outros atores políticos e sociais.

Assim, em nosso estudo, buscamos contribuir para a compreensão da inserção dos conselhos municipais de saúde no contexto político local e sua capacidade e formas de influenciar a política local de saúde, seja através do próprio conselho e suas relações político-institucionais, seja através da ação de seus conselheiros e suas relações político-sociais.

Nesse sentido, através de entrevistas realizadas com 26 conselheiros de saúde em nove municípios do estado de Minas Gerais, buscamos analisar e compreender a ancoragem dos conselhos na teia político-institucional e político-social que conforma a política de saúde, bem como analisar e compreender os processos de subjetivação política suscitados nos processos participativos da política de saúde e no bojo de sua teia de interações, as compreensões e o sentido acerca do papel do Conselho e o significado que esses atores atribuem ao SUS e o seu entendimento sobre a política de saúde, a participação e controle social.

Nossos resultados indicam que nos Conselhos de Saúde as experiências de participação não têm ido muito além de um ritual ou processo de legitimação de propostas, programas e formulações geradas na burocracia técnica da gestão pública. Em grande parte, esse contexto está relacionado ao denso arcabouço normativo-legal que compõe o SUS.

Por outro lado, é a falta de apoio e boicote ao modelo de cogestão, por parte dos representantes do poder executivo, em que sociedade civil participa do processo decisório, do planejamento, da definição de prioridades, da gestão, controle e aplicação de recursos, instaurado com os Conselhos de Saúde, que contribui para o esvaziamento desses espaços.

Também são poucas as relações que os Conselhos de Saúde estabelecem com outras instâncias e instituições que tomam ações e medidas que de alguma forma impactam a política de saúde. Em grande parte, os Conselhos de Saúde não são sequer procurados ou informados das discussões que ocorrem nesses espaços e que envolvem a política de saúde.

Dessa forma, os Conselhos não têm sido reconhecidos como uma instância que exerça influência ou que altere a configuração da política de saúde local. O que acaba por impactar na baixa participação e adesão da população nas atividades dos Conselhos. São reconhecidos e valorizados como instituições que promovem transparência e controle público do poder executivo, mas acabam reproduzindo um repertório de atuação que pouco tem promovido inclusão política ou despertado o interesse de novos atores.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Participação; SUS.

ABSTRACT

The Health Councils, over the 25 years of its implementation, represent continuities and ruptures. They were now configured as spaces and experiences of deepening democracy, transformation of traditional political culture and democratization of health policy, but also as a mere legal formality, captured and instrumentalized by managers and other political and social actors.

Thus, in our study, we seek to contribute to the understanding of the insertion of municipal health councils in the local political context and their ability and ways to influence local health policy, either through the council itself and its political-institutional relations, either through action of their advisers and their political and social relations. In this sense, through interviews with 26 health counselors in nine municipalities of the state of Minas Gerais, we seek to analyze and understand the anchoring of the councils in the political-institutional and political-social web that shapes health policy, as well as analyze and understand the processes of political subjectivation raised in the participatory processes of health policy and in the midst of its web of interactions, the understandings and meaning about the role of the Council and the meaning that these actors attribute to SUS and their understanding of health policy, social participation.

Our results indicate that in the Health Councils, the experiences of participation have not gone far beyond a ritual or process of legitimization of proposals, programs and formulations generated in the technical bureaucracy of public management. This context is largely related to the dense normative-legal framework that makes up the SUS.

On the other hand, it is the lack of support and boycott of the co-management model by representatives of the executive branch, in which civil society participates in decision making, planning, prioritization, management, control and application of resources, established with the Health Councils, which contributes to the emptying of these spaces.

There are also few relationships that the Health Councils establish with other instances and institutions that take actions and measures that somehow impact the health policy. In large part the Health Councils are not even sought or informed of the discussions that take place in these spaces and that involve the health policy.

Thus, the Councils have not been recognized as an influential or altering body of local health policy. This ends up impacting the low participation and adhesion of the population in the activities of the Councils. They are recognized and valued as institutions that promote transparency and public control of the executive, but end up reproducing a repertoire of action that has little promoted political inclusion or aroused the interest of new actors.

Keywords: Health Council; Participation; SUS.

LISTA DE SIGLAS

CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos conselheiros entrevistados	58
Quadro 01 – Categorias e subcategorias	62

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Conselhos de Saúde: pluralização da representação política e a questão da representatividade	15
3. A teia de interações político-sociais e político-institucionais da política de saúde	22
3.1 Conselhos de Saúde e sua ancoragem político-social e político-institucional	25
4. Participação, Saúde e Democracia	34
5. Metodologia	53
5.1 Produção dos dados	57
5.2 Sobre os sujeitos de pesquisa.....	59
5.3 Procedimentos de Análise.....	61
5.4 Sobre as limitações do estudo.....	61
6. Participação e saúde: o caso dos conselhos de saúde	63
6.1 Participação e Saúde.....	63
6.1.1 Democracia disfarçada.....	71
6.1.2 Relações com outras instâncias.....	76
6.1.3 Espaço de aprendizagem e formação dos conselheiros.....	85
6.2 Ser conselheiro.....	91
6.2.1 Papel do conselheiro.....	95
6.2.2 Representação Política.....	103
6.3.3 Efetividade.....	109
Considerações Finais	113
Referências	117

1. Introdução

O estudo em tela surge como desdobramento das investigações e reflexões suscitadas em nossas investigações sobre os sentidos da representação política para conselheiros de saúde representantes da sociedade civil¹ e está inserido no contexto da pesquisa *Discursos e práticas de políticas de Conselheiros e Vereadores no contexto da Política de Saúde*, em que buscamos analisar os discursos e as práticas tanto de conselheiros como de representantes do poder legislativo local referentes à dinâmica da política de saúde.

Buscamos identificar e analisar as interações de conselheiros de saúde com usuários do SUS, lideranças populares, associações, entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde e demais lideranças e instâncias políticas, buscando compreender o lugar do conselho na teia de interações entre atores e instâncias políticas.

Os conselhos de saúde foram propostos como instâncias de participação política, visando a democratização da gestão das políticas de saúde através da partilha de poder decisório pelo Estado e a sociedade. Trata-se de uma nova institucionalidade e de uma reconfiguração das relações Estado-sociedade (Gohn, 2011; Stralen, 2011).

Ao longo dos mais de 25 anos de sua implementação, representam continuidades e rupturas. Configuraram-se ora como espaços e experiências de aprofundamento da democracia, transformação da cultura política tradicional e democratização da política de saúde, mas também como uma mera formalidade jurídica, capturada e instrumentalizada por gestores e outros atores políticos e sociais, mantendo e sustentando a exclusão de setores e atores tradicionalmente excluídos e marginalizados, principalmente, em contextos favorecidos pela pouca tradição associativa.

Há na literatura um número extenso de pesquisas voltadas para os Conselhos de Saúde. A maior parte desses estudos tem como foco os representantes da sociedade civil. Abordam o perfil socioeconômico desses conselheiros (Santos et al.,

¹ Rossi, S. R. A representação política no conselho de saúde: um estudo sobre os sentidos da representação para conselheiros representantes da sociedade civil em um Conselho Municipal de Saúde do interior de Minas Gerais. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais. (2013).

2004), o potencial de educação cívica e política desses espaços (Cohn, 2003) e o desenvolvimento de capital social, pois levam “a despertar valores próprios de uma cultura cívica, concorrendo assim ao fortalecimento da democracia” (Labra; Figueiredo, 2002).

Podemos afirmar, conforme apontam Tatagiba e Almeida (2012), que os conselhos se converteram, ao longo do seu processo de institucionalização, em um importante tema presente nos debates sobre a democracia, “contribuindo efetivamente para projetar a categoria sociedade civil no centro das formulações teóricas sobre as possibilidades das democracias contemporâneas” (Tatagiba e Almeida, 2012, p. 70).

Ao lado de estudos que destacam o aspecto inovador dos Conselhos, são crescentes os estudos que apontam uma série de restrições, dificuldades e entraves ao funcionamento desses espaços: falta de capacitação de conselheiros; gestão autoritária e clientelista; burocratização; troca de favores entre conselheiros e a população, além da existência de Conselhos cartoriais, ou seja, os que existem apenas no papel (Tatagiba, 2002; Stralen, 2005; Stralen et al., 2006; Pereira Neto, 2012; Moreira e Escorel, 2009; Martinez e Kholer, 2016).

Em suas observações, Stralen (2011) aponta uma ambivalência na fronteira entre o público e privado nas ações dos conselheiros, indicando ser possível encarar esses espaços como “renovações institucionais” em que práticas clientelistas são reinventadas, conselheiros são cooptados por gestores, entre outras práticas que reproduzem um modelo de política tradicional, centralizador e restrito à atuação do executivo.

Por sua vez, estudos como os de Pereira Neto (2012) e Stralen et al. (2006) têm apontado a existência de uma profissionalização de alguns conselheiros. Essa situação ocorre em decorrência da presença de práticas patrimonialistas como trocas de favores entre os próprios conselheiros, do afastamento observado entre conselheiros e as entidades que representam, bem como da pouca tradição associativa de alguns Municípios, o que possibilita a atores com maior engajamento político permanecer durante muito tempo no Conselho exercendo o papel de conselheiro, independente dos vínculos com as entidades que representam e de

estarem descumprindo as normas e regimentos desses espaços quanto a sua permanência.

Além dos estudos mencionados, outros autores como Labra (2006; 2007), Coelho (2004; 2007), Tatagiba (2002) e Gohn (2011) têm apresentado, a partir de análises e constatações empíricas, questionamentos quanto ao potencial de inclusão política desses espaços de representação da sociedade civil.

Portanto, é possível aventar que os Conselhos de Saúde apresentem uma inovação institucional que não se traduz, necessariamente, em uma inovação democrática que vá fomentar, necessariamente, a inclusão política e democratização da política de saúde (Stralen, 2011).

Nesse sentido, corroborando as análises de Tatagiba e Almeida (2012), é possível observar que o potencial democratizante estabelecido pela arquitetura participativa conformada pelos conselhos de saúde, tem sido esvaziado ao esbarrar em limites e restrições. Dessa forma, podemos destacar, ainda conforme as autoras, a existência de um paradoxo, qual seja: “a vitalidade do modelo conselho/conferência/fundo e o seu peso no redesenho das políticas setoriais parece vir acompanhada de sua baixa capacidade para incidir nas correlações de força que conformam o jogo político em suas áreas específicas” (Tatagiba e Almeida, 2012, p. 71).

A presença do paradoxo trazido pelas autoras aponta, entre outros fatores, para a necessidade de se levantar questionamentos acerca da ancoragem institucional e social dos conselhos. Ou seja, a capacidade e dificuldades que essas instâncias têm para extrapolar suas fronteiras e repercutir no ambiente político-societal e político-institucional de forma mais ampla (Tatagiba e Almeida, 2012, p. 71).

Assim, no presente estudo, buscamos contribuir para a compreensão da inserção dos Conselhos Municipais de Saúde no contexto político local e sua capacidade e formas de influenciar a política local de saúde, seja através do próprio conselho e suas relações político-institucionais, seja através da ação de seus conselheiros e suas relações político-sociais.

Analisar e compreender a ancoragem dos conselhos na teia político-institucional e político-social que conforma a política de saúde, bem como os

processos de subjetivação política subjacentes aos processos participativos e de cogestão do SUS, as compreensões e o sentido acerca do papel do Conselho e o significado que esses atores atribuem ao SUS e o seu entendimento sobre a política de saúde proposta na reforma sanitária constituíram-se, portanto, como problemas de pesquisa pertinentes a serem investigados.

Nosso estudo utilizou como fonte de dados entrevistas realizadas em 09 Conselhos Municipais de Saúde do estado de Minas Gerais, com um total de 26 conselheiros de saúde, representantes da sociedade civil, entrevistados. Nosso foco não foi fazer uma análise comparativa dos Conselhos Municipais de Saúde, assim como não se debruçou sobre as especificidades da participação e do controle social em cada um dos municípios estudados.

Entendemos, todavia, que a aproximação das diferentes realidades e contextos em que estão inseridos estes conselhos e seus conselheiros nos permite acessar e construir um quadro mais amplo sobre a compreensão do papel dos Conselhos e seu lugar na gestão da política de saúde.

Buscamos com a proposta em tela superar uma visão normativa sobre os Conselhos de Saúde, entendendo, conforme apontam Moreira e Escorel (2009) e Martinez e Kohler (2016), que essas instâncias não atuam isoladamente na gestão da política de saúde, dependem de uma série de fatores e instituições para que tenham e exerçam influência na política local de saúde. Esperamos, assim, contribuir para a compreensão das relações estabelecidas entre executivo, conselho municipal e demais atores e instâncias políticas envolvidas e que perpassam a gestão da política de saúde. Enriquecendo o debate sobre a formulação e condução das políticas de saúde.

2. Conselhos de Saúde: pluralização da representação política e a questão da representatividade

Em um primeiro momento os estudos sobre as Instituições Participativas no Brasil concentraram-se na análise do processo de abertura e ampliação dos canais de participação e o conseqüente aprofundamento do processo democrático, presente a partir da institucionalização desses canais de participação política.

Nessa fase, esses estudos estavam inseridos numa tradição teórica que “entende o aumento da participação política como fator de aprofundamento da democracia” (Vaz, 2011, p. 93). Os pressupostos teóricos correlacionavam em geral três variáveis: “a consolidação da democracia, o aprendizado democrático e a participação direta” (Vaz, 2011, p. 93).

Há, posteriormente, uma ampliação no foco das análises e novos estudos passaram a buscar conexões e relações entre efetividade dos conselhos e seus aspectos institucionais. A partir da análise de aspectos como organização e funcionamento, assim como a compreensão desses espaços como canais de interação entre Estado e sociedade. Parte desses estudos irão privilegiar fatores endógenos, tais como seu desenho institucional, da efetividade. Por sua vez, outra parte dos estudos procuraram incorporar fatores exógenos como a dinâmica associativa, os projetos políticos dos governos e característica das políticas públicas, por exemplo (Almeida & Cunha, 2011).

Na área da saúde a criação de conselhos gestores fundamentou-se na concepção de que a descentralização do poder decisório, permitindo, ao nível local, o planejamento de políticas contextualizadas em sua realidade, tornaria a política de saúde mais responsiva às necessidades da população. Além disso, os conselhos e o controle social foram vistos como uma força contrária às práticas clientelistas e particularistas, comuns na área da saúde e demais políticas sociais.

Nesse sentido, as inovações institucionais no País transformaram as relações entre Estado e sociedade e, como uma de suas conseqüências, suscitaram um processo de reconfiguração e pluralização da representação política, em que as organizações da sociedade civil passaram a ocupar um papel central. As mudanças ocorridas se deram, portanto, no “funcionamento das instituições tradicionais de representação dos governos e uma expansão do locus e das funções da representação política” (Castello et al., 2009, p. 140).

As análises que se seguiram, influenciadas por teorias da democracia participativa ou deliberativa, e que buscaram compreender o processo de redemocratização e constituição de instâncias participativas, não observaram que as mudanças também ocorreram na inscrição de formas alternativas ao modelo liberal-eleitora de representação política. Espaços como os Conselhos foram vistos, em sua maioria, como espaços de participação do cidadão, “ainda que na maioria das vezes elas coloquem atores coletivos (e não individuais) em contato com autoridades públicas” (Castello et al., 2009, p. 140).

A ênfase dada à participação obliterou questionamentos e a compreensão sobre a representatividade e legitimidade das entidades da sociedade civil que compõem os Conselhos. Ou seja, em que medida contribuem para promover inclusão política ou de que maneira as interações entre os diversos atores e instâncias da política de saúde, por exemplo, e o papel atribuído ao conselho modula as ações dos conselheiros?

No final da primeira metade dos anos 2000 o enfoque dado à questão da representatividade dos conselhos, fez com que os mesmos passassem a ser estudados sob a ótica de uma literatura que tem discutido formas alternativas de representação política (Lavalle, Castello e Houtzager, 2006^a; Avritzer, 2007; Almeida 2011, 2012; Lüchmann, 2009; Borba e Lüchmann, 2010; Lüchmann, 2011). Nesse sentido, os Conselhos de Saúde se inserem num contexto de pluralização das formas de representação política (Lavalle, Castello & Houtzager, 2006b) em que o “Estado passou a lidar institucionalmente com uma representação oficial da sociedade civil” (Avritzer, 2007, p. 22 – grifo no original).

De um modo geral, as contribuições analíticas que se lançam sobre essas novas formas de representação política apresentam concepções próximas da análise de Hanna Pitkin (1969) sobre o conceito de representação política, entendida como uma relação que conecta representante e representado e o sentido que a autora dá à ideia de representação, compreendido como tornar presente o ausente.

As principais premissas dos autores que discutem a questão da legitimidade, são que o modelo tradicional de representação política eleitoral: mandato representativo autorizado mediante eleições, apresenta grandes limitações quanto a inclusão política, dada a pluralidade e complexidade social, também se contrapõem à

ideia de que participação e representação sejam fenômenos contrapostos, uma vez que a representação política “é um processo circular (suscetível ao atrito) entre as instituições estatais e as práticas sociais” (Urbinati, 2006, p. 192). E desse modo, sua natureza ambivalente (social e política), que possibilita à sociedade civil identificar-se politicamente e influenciar direcionamentos políticos, aponta sua ligação inevitável com a participação (Urbinati, 2006, p. 218).

Nesse sentido, a representatividade das entidades da sociedade civil entra em cena a partir do questionamento da sua legitimidade, uma vez que “não há um mandato que ligue os conselheiros ou as entidades aos representados, pois falta a autorização dos cidadãos e faltam mecanismos de controle e prestação de contas” (Stralen, 2011, p. 70).

O trabalho de Lavallo, Houtzager e Castelo (2006^a) busca compreender essa questão ao atentar para o compromisso representativo do representante, na sua identificação com o representado e na (auto) percepção acerca de sua representatividade (p. 47).

A partir de um estudo empírico, os autores elaboraram uma tipologia com base nos argumentos invocados para dar suporte à presunção de representação por parte das organizações da sociedade civil. São eles: *eleitoral*, no qual a presença de mecanismos de eleição das lideranças é a base da representatividade; *afiliação*, no qual a pertença ou filiação é invocada; *identidade*, a coincidência subjetiva entre representante e representado é o argumento para representatividade; *prestação de serviços*, em que a atuação na melhoria das condições de vida das pessoas é invocada como argumento para sua representatividade; *proximidade com os beneficiários e intermediação*, em que a representatividade é situada com o lócus da representação e não com os beneficiários. (Lavallo, Houtzager & Castelo, 2006^a).

As representações políticas baseadas nos argumentos elencados pelos autores apresentam, segundo Lüchmann (2011), formas alternativas que podem ser elencadas nas seguintes modalidades²: informal e individual; informal e coletiva;

² As modalidades de representação conforme Lüchmann (2011) **informal e individual**: atuações e manifestações públicas de indivíduos que reclamam representação sem autorização para tal; **informal e coletiva**: atuações e manifestações públicas de associações que reclamam a representação sem autorização para tal; **formal e individual**: atuações e manifestações públicas de indivíduos que foram autorizados e selecionados de diferentes formas para o exercício da representação; **formal e coletiva**:

formal e individual; formal e coletiva. Conforme a autora, espaços como os Conselhos de Saúde operam uma representação formal e coletiva. Há conselheiros que são indicados por entidades que contam com assentos garantidos em lei, conselheiros escolhidos por outras entidades e conselheiros indicados para representar o Estado.

Havia certo consenso de que a inclusão de entidades da sociedade civil nos processos decisórios, através de instâncias como os conselhos, por exemplo, representava progresso e avanço contra a centralização autoritária e padrões tecnocratas na definição das políticas (Abers e Keck, 2008).

Todavia, Lüchmann (2011), assim como Abers e Keck (2008), em referência ao trabalho de Warren (2001), questionam a generalização dos potenciais efeitos democráticos e a contribuição das entidades da sociedade civil para a democratização, apontando efeitos e práticas democráticas onde elas não existem. Uma vez que, segundo as autoras, entidades da sociedade civil podem contribuir de forma diversificada para a democracia, algumas podem ser melhores para desenvolver interesses comuns, apontar diferenças, promover educação política, enquanto outras promovam ações antidemocráticas (Lüchmann, 2011; Abers & Keck, 2008).

Dessa forma:

se a consideração dos diversificados e conflitantes interesses que convivem no interior da sociedade civil não autoriza abordar seus agentes específicos como portadores, a priori, do interesse público, e se não há, portanto, uma coincidência automática entre os interesses que aqueles agentes defendem e o interesse de toda a sociedade civil, nem de toda a sociedade, é pertinente e absolutamente necessária, como condição de fortalecimento dos conselhos gestores, a preocupação com sua ancoragem social, desde onde pode se construir sua legitimidade (Almeida & Tatagiba, 2012, p. 76).

De um modo geral, este é o cenário que encontramos nas investigações sobre os sentidos da representação política para conselheiros municipais de saúde.

De um lado, é possível observar a cristalização ou monopólio da representação nessas instâncias por determinados atores. Tal situação ocorre e é possível devido a diversos fatores. Desde uma tradição cultural de baixo associativismo e o
18onsequente pouco interesse em participação em instâncias como os Conselhos,

atuações e manifestações de associações que foram autorizadas e selecionadas, de diferentes formas, para o exercício da representação.

passando pelo emprego de diversas estratégias por aqueles que têm no Conselho a realização de um projeto político e de vida, tais como o rodízio entre conselheiros titulares e suplentes, a busca por indicação em entidades e associações diferentes, disputas político- partidárias, em que partidos de oposição ao governo da ocasião buscam entidades com representação nos Conselhos para indicar conselheiros que façam avançar suas pautas políticas, até o não reconhecimento do Conselho como uma instância de influência e tomada de decisões sobre a política de saúde. (Rossi, 2013).

Nesse sentido, a forma pela qual os conselheiros são escolhidos, as disputas e projetos políticos envolvidos nesse processo, modelam a relação entre estes e as entidades que representam, sendo muitas vezes legitimada pela trajetória do próprio conselheiro. Muitas entidades e associações com representação nos Conselhos têm relação com a política de saúde e buscam melhorias e aperfeiçoamento da assistência à Saúde, bem como o fortalecimento do SUS. Todavia, diversas outras entidades com acento nos Conselhos não congregam interesses relacionados à política de saúde e não estão, portanto, comprometidas com o fortalecimento do SUS, enfraquecendo a representação política da sociedade civil e sua capacidade de incluir uma “pluralidade de atores e perspectivas, diretamente afins com a política pública em questão” (Almeida, 2011, p. 279).

No que concerne ao seu aspecto político-institucional, os conselhos de saúde são, por sua concepção, arranjos institucionais deliberativos. E, como tais, o processo de tomada de decisões teria como base um processo de trocas argumentativas e justificação mútua de interesses e preferências (Stralen, 2011). Sua função normativa, como apontam Almeida e Cunha (2011), é “debater, decidir e controlar a política pública” (p. 109). Como tal, seu âmbito de atuação inclui ações propositivas de direcionamento e conteúdo da política, o que faz com que suas deliberações incidam sobre a alocação e distribuição de recursos.

A visão normativa sobre os Conselhos, baseada nos pressupostos da democracia participativa e deliberativa, tem desembocado ora em uma visão positiva e otimista, ora numa visão pessimista. Côrtes (2009) aponta que estudos a partir dessas abordagens se concentram no fato de serem ou não deliberativos, bem como para o fato de decisões ocorrerem fora desses espaços.

Por sua vez, Tatagiba e Almeida (2012) salientam que é preciso atentar-se para o fato de que os conselhos,

estão obrigados legalmente a atender exigências específicas que partem de outras instâncias que têm alguma jurisdição sobre a área de política pública na qual atuam, como, por exemplo, dos tribunais de contas, dos ministérios públicos, dos legislativos e de órgãos executivos (Ministérios e secretarias estaduais e municipais). Trata-se, na verdade, de instâncias conectadas legalmente e que possuem obrigações legais recíprocas. Estas se expressam em legislações e resoluções que normatizam desde os princípios organizadores de uma área de política até suas fontes de recursos, seus instrumentos de gestão, mecanismos e instâncias de execução e fiscalização etc (Tatagiba e Almeida, 2012, p. 80).

Neste contexto, Stralen (2011) aponta que em suas observações muitos conselheiros restringem a deliberação ao poder decisório e de veto, o que acaba por inviabilizar o próprio processo deliberativo, uma vez que o mesmo pode suscitar outros produtos tais como “recomendações políticas, ações, planos e projetos” (p. 75).

Assim, o que se observa na literatura é que a contribuição para a inserção de demandas da sociedade civil na política de saúde tem sido modesta. Em parte pelas restrições impostas à autonomia deliberativa por parte de gestores municipais e outros atores políticos envolvidos, inviabilizando uma ação propositiva. E de outra forma, pela rotina burocratizante no desempenho de funções técnicas e administrativas, na predominância de ações reativas às demandas do Executivo, na centralidade que o debate sobre o funcionamento interno tem ocupado no cotidiano dessas instâncias, entre outros (Coelho 2007, 2009; Landerdhal et al, 2010; Grisotti et al, 2010; Stralen et al, 2006; Tatagiba e Almeida, 2012).

Nesse sentido, cabe aqui destacar que a afirmação do caráter deliberativo dos conselhos de saúde, guarda referência com o seu próprio processo histórico de constituição, uma vez que figurou como importante aspecto da luta política envolvida na criação e funcionamento desses espaços. O que podemos ressaltar, tem contribuído para obliterar o reconhecimento do ambiente institucional em que estão inseridas essas instâncias (Tatagiba e Almeida, 2012).

Portanto, ainda que se reconheça que os Conselhos:

não são “o” lugar da deliberação, pode-se indagar em que medida e de que modo eles participam das decisões políticas setoriais e como os atores sociais e estatais se relacionam e agem no interior desses fóruns (Côrtes, 2009, p. 22 – grifo no original).

Dessa forma, a função deliberativa dos conselhos deve também proporcionar aos conselhos uma atuação que o possibilite agir como um interpelador, um nó no fluxo deliberativo, no interior do aparato de gestão do Estado, e não uma entidade autônoma, fracamente ancorada no ambiente político-institucional. O que tem possibilitado que decisões importantes continuem correndo por fora, nas tramas desconexas que conformam a rede de produção da política pública (Tatagiba e Almeida, 2012, p. 80).

3. A teia de interações político-sociais e político-institucionais da política de saúde

A inscrição de conselhos de políticas públicas, inseridos em uma estrutura nacional, estabelecidos legalmente como instâncias de formulação, proposição e controle das políticas em cada esfera de governo, tem influência preponderante da área da Saúde, campo que, desde o final da década de 1970, já desenhava e propunha a institucionalização da participação como uma das propostas de reforma do sistema de saúde (Tatagiba, 2002).

Conforme aponta Côrtes (2009), o campo da saúde introduziu a temática da participação antes de outras áreas e políticas públicas. Influência de uma comunidade política: o chamado Movimento Sanitário, que propunha tanto a defesa pela ampliação do acesso aos serviços e à atenção à saúde, como a democratização da gestão da política pública. Nesse sentido, a proposta da participação emergiu como um elemento constituinte do desenho institucional do sistema.

A proposta de reforma do sistema de saúde, encabeçada pelo Movimento Sanitário, estava amparada e espelhada em experiências e propostas internacionais de construção e desenvolvimento de um estado de bem-estar social. A saúde, inscrita como um direito de cidadania, tinha seu escopo ampliado para além do campo da assistência à saúde, sendo inscrita na construção de um arcabouço político-institucional de combate às desigualdades e promoção do desenvolvimento social.

Nas experiências europeias, a possibilidade de organização de um estado de bem-estar social foi possível a partir de um pacto entre o Capital e as classes operárias, viabilizando um processo de investimento nas políticas sociais. Sindicatos, industriais e as classes trabalhadoras acordaram uma restrição no aumento dos salários articulado com adoção de uma política de pleno emprego e expansão dos benefícios sociais, por exemplo (Stralen, 2015).

No Brasil a situação apresenta importantes peculiaridades³. Apesar das políticas de proteção social (saúde, previdência e assistência social) terem sido

³ Tais peculiaridades conformam o contexto que Dagnino (2002) denominou de “confluência perversa”: de um lado o projeto democrático-participativo oriundo da crise do regime autoritário e construído a partir da expansão da cidadania e na aposta de que a ação conjunta entre Estado e a sociedade civil era elemento para o aprofundamento da democracia. Do outro lado, havia o projeto neoliberal que

inscritas na constituição de 1988, a adesão aos cânones do neoliberalismo logo no início dos anos de 1990, configuraram, como apontam Fleury (2018) e Bahia (2018), um contexto, ainda reproduzido, de políticas macroeconômicas restritivas e políticas sociais focalizadas. Gerando assim, uma situação paradoxal que Fleury (2018) caracterizou como a existência de direitos sem benefícios ao lado da vivência de benefícios sem direitos,

“na medida em que o acesso aos sistemas universais e sua utilização não é garantido para satisfazer as necessidades da população e os benefícios com transferências condicionadas são associados a programas governamentais que não asseguram direitos e podem ser restringidos e/ou reduzidos de forma discricionária” (Fleury, 2018 p. 70).

Por outro lado, o projeto da Reforma Sanitária, como veremos de forma mais detalhada na próxima seção, não incorporou no seu processo de institucionalização do SUS o debate ou uma alternativa à demanda corporativa por assistência médica das classes trabalhadoras, ignorando a herança ou trajetória de consolidação de um sistema privado de assistência à saúde, em que o modelo de seguro já estava consolidado como alternativa do setor produtivo. (Teodoro, 2018; Stralen, 2015; Bahia, 2018).

Comumente nos referimos ao SUS de forma laudatória ou depreciativa. Seja pela grandeza dos números que suas ações promovem. Em um país de 200 milhões de habitantes um sistema de saúde universal promove números grandiosos. Ao mesmo tempo existem falas que contestam e depreciam o SUS de forma generalista como as que apontam que metade dos gastos com saúde são oriundo do SUS e a outra metade de planos de saúde. É preciso escapar de alguns lugares comuns e buscar entender como o SUS se desenvolveu ao longo desses 30 anos, assim como o setor privado.

Como aponta Bahia (2018), desde a sua implantação o SUS ampliou sua oferta e acesso da população, mas não pode ser considerado sinônimo de rede estatal, a Constituição Federal de 1988 já reservava à iniciativa privada sua participação no sistema de forma complementar. Da mesma forma, a saúde suplementar também não pode ser entendida como a totalidade do setor privado. Ou seja, não existem não existem dois sistemas de saúde no país. Existe o SUS e um setor que comercializa

reservava ao Estado a isenção progressiva “de seu papel de garantidor de direitos, através do encolhimento de suas responsabilidades sociais e sua transferência para a sociedade civil.” (p. 142).

planos de saúde e oferta de serviços privados e filantrópicos na atenção ambulatorial e hospitalar (p. 3).

Com base em informações disponíveis no Ministério da Saúde e na Pesquisa Nacional de Saúde, Bahia (2018) traça uma trajetória dos gastos e investimentos do setor público, filantrópico e privado, tanto na assistência ambulatorial como na assistência hospitalar, buscando delinear os padrões de investimentos assumidos e desenvolvido ao longo dos anos, de modo a identificar regiões de sombra, bem como evitar afirmações genéricas.

No caso da assistência ambulatorial, por exemplo, a autora aponta que é possível delinear duas tendências: uma delas referente ao incremento do setor público na produção de procedimentos de menor custo, participação residual dos contratos diretos com o setor privado e inclinação do filantrópico para atividades de maior remuneração; a segunda tendência é de uma divisão de atividades entre o SUS e a saúde suplementar modulada pelo procedimento e não pela demanda (Bahia, 2018 p. 4).

A assistência hospitalar, por sua vez, tem se caracterizado:

(a) pela presença de unidades públicas, hospitais filantrópico-privados e privados destinados ao atendimento de clientes de planos de saúde mais caros, concentrados na Região Sudeste; (b) por estabelecimentos privados e filantrópicos que atendem pacientes remunerados pelo SUS; (c) pelos planos privados (em proporções variadas) e por filantrópicos que internam pacientes remunerados pelo SUS. Preços díspares para serviços de saúde não são meros decalques das desigualdades sociais. Trata-se de uma estratificação complexa que envolve médicos-professores de universidades públicas, subsídios públicos para demanda e oferta, políticas públicas de créditos e estímulos para a diversificação de atividades. Além disso, os valores de remuneração de atividades para OS são definidos segundo critérios locais (Bahia, 2018 p. 5).

O que queremos destacar é que as transformações e imbricações entre esses três setores: público, privado e filantrópico, muitas vezes são invisibilizadas nas agendas de pesquisa e não são levadas em consideração nos estudos que tratam dos Conselhos.

O SUS conta hoje com uma extensa rede de Atenção Primária à Saúde, distribuição e acesso a medicamentos, rede de urgência e emergência e Unidades de Pronto Atendimento, Rede de Atenção Psicossocial, a grande maioria dessas ações não existiam na implantação do SUS. O setor privado, que se posicionou contrário ao

SUS na década de 1980, também se transformou. Formado, principalmente, por empresas de medicina de grupo e algumas cooperativas médicas, hoje grandes grupos econômicos atuam na venda de planos de saúde, hospitais e serviços de apoio diagnóstico, entre outros serviços. O próprio setor filantrópico se divide em três subsetores: o primeiro em hospitais gerais voltado para uma clientela com maior poder aquisitivo e descolado do setor público; um segundo que atua junto ao setor público ao mesmo tempo que apoia ampliação do mercado de planos privados mais baratos e por último um subsetor que realiza atendimento universal e moderniza-se por meio dos investimentos e políticas governamentais (Bahia, 2018 p. 5-6).

A grande segmentação observada no sistema de saúde afeta as conferências e os conselhos de saúde. Restringindo sua atuação à difícil implementação do SUS, essas instâncias não são de interesse dos usuários dos serviços de saúde proporcionados pelo setor privado. Trata-se não apenas da parcela dos usuários com maior expressividade e influência política, mas de uma parcela em que estão incluídos os usuários vinculados a empresas que oferecem planos coletivos como benefício e estas consideram a manutenção destes planos como estratégia importante na gestão das pessoas. Esta dinâmica do mercado de saúde tem um impacto negativo sobre as conferências e os conselhos de saúde, principalmente no tocante a sua representatividade e a sua incidência nas políticas de saúde.

3.1. Conselhos de Saúde e sua ancoragem político-social e político-institucional

A proposta da participação em saúde foi fundamentada pela diretriz da *participação comunitária*. Inserida como diretriz de programas e ações de saúde desenvolveu-se desde os anos de 1970, transformando-se ao longo dos anos em virtude das conjunturas políticas e contextos históricos da política de saúde no País. Fundamentou a criação dos conselhos de saúde, foi inscrita como um dos princípios do SUS e figura hoje como diretriz obrigatória de qualquer política ou programa de saúde.

O cenário atual em que encontramos Conselhos Municipais de Saúde em praticamente todos os municípios brasileiros é fruto, portanto, de um longo processo de luta pela democratização das políticas de saúde que teve seu início sob a bandeira da participação comunitária, bem como do processo de redemocratização política do País a partir do final da década de 1980 (Stralen, 2005).

A organização do Estado brasileiro proposta pelos diversos atores políticos e sociais que lutaram pela redemocratização tinha como fundamento, conforme aponta Cunha (2009), a construção de um Estado democrático que proporcionasse uma inclusão ativa. Nesse sentido, a descentralização político-administrativa e transferência de poder e recursos financeiros para os Estados e Municípios buscava a construção de mecanismos que permitissem o melhor enfrentamento das questões locais. Proporcionava-se, assim, um modelo de gestão pública em que a participação da sociedade civil democratizaria as estruturas de poder do Estado, proporcionaria melhor controle público sobre os governos, possibilitaria a inclusão de novos atores em um sistema político pautado pela cooperação, em todos os níveis de governo, entre Estado e sociedade acerca do poder decisório, principalmente no que concerne às políticas públicas (Cunha, 2009).

Esse novo modelo de gestão pública inscreve uma alteração na relação da sociedade civil com o Estado. Se durante o regime militar destacava-se a oposição entre sociedade civil e Estado, agora se coloca no primeiro plano a cooperação através da participação institucionalizada (Almeida, 2011), mediante inovações institucionais, tais como conselhos de políticas, orçamentos participativos, comitês de bacias hidrográficas, etc. Nessas instâncias, o “interesse público é construído de forma participativa e deliberativa por meio da disputa democrática entre os diversos interesses conflitantes, inclusive aqueles do próprio Estado, considerado um ator que disputa seus projetos com a sociedade” (Cunha, 2009, p. 69).

Coelho (2007) aponta, como peculiaridade importante desses espaços, a relação estabelecida com o Poder Executivo, a ênfase na transparência, o controle social e a “redistribuição de recursos para áreas menos privilegiadas” (Coelho, 2007,, p. 79). Conforme destaca Gohn (2001), os conselhos se instituíram como uma grande inovação na gestão das políticas públicas, com “o papel de instrumento.... mediador na relação sociedade/Estado.... na qualidade de instrumentos de expressão, representação e participação da população” (Gohn, 2001, p. 83).

Para Almeida (2011), esses espaços são responsáveis por “ofuscar a separação moderna entre esfera política e social, na medida em que atores sociais representam em conjunto com agentes governamentais, interesses da sociedade em relação a determinado tipo de política pública” (Almeida, 2011, p. 251). Isso, porém,

acontece sem que esses atores sociais se tornem Estado ou vice-versa, mas inaugurando, segundo a autora, um ciclo em que Estado e sociedade são vistos de forma complementar.

Investigando a descentralização da política de saúde, Fleury (2014) nos apresenta um denso estudo, derivado da aplicação de dois *surveys* realizados em 1996 e 2006, sobre como e se o processo de descentralização, inscrito nos marcos legais da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde, tem possibilitado inovações na gestão local, e em que medida tanto a mudança no perfil dos gestores como de suas ações poderiam indicar ou contribuir para a democratização da política e poder local.

A autora, assim como já apontado nas seções anteriores através de outras lentes analíticas, inscreve a reforma sanitária como um processo de transformações na estrutura de poder, no aparato institucional e no acesso à saúde no país. A participação figura como chave estratégica mobilizadora de um duplo movimento: (a) a participação do nível local no desenvolvimento da política de saúde, assumindo responsabilidades e atribuições legais na gestão de serviços, no financiamento e pagamento de prestadores e na formação de vontade política e compartilhamento do poder decisório sobre políticas locais, regionais e nacionais e (b) no compartilhamento do poder decisório com a sociedade civil, ampliando ainda mais o conjunto de atores e instituições formalmente habilitados na proposição de estratégias, políticas e programas e na gestão e controle das ações e serviços em saúde (Fleury, 2014).

Esse duplo movimento na estrutura de governança da política de saúde, ou seja, do nível central para os níveis locais e do Estado para a sociedade, organiza uma densa e intrincada teia político-institucional e político-social na qual se insere a política de saúde e em que observamos os Conselhos de Saúde como a institucionalidade democratizadora das relações Estado – Sociedade, através da qual o direito à saúde se efetiva como direito de cidadania (Fleury, 2014).

Ao longo desses mais de 25 anos de institucionalização dos mecanismos e instâncias de participação na política de saúde, chama atenção no processo de descentralização o papel assumido pelos dois pólos desse processo: o nível local e o central. Se de um lado a participação do nível local possibilita incorporação de demandas contextualizadas na realidade local tanto planejamento como na execução

das políticas de saúde, a “prefeiturização” da política de saúde, ou seja, a concentração de poderes na figura do prefeito ou secretário municipal de saúde é um fenômeno que interpela os Conselhos de Saúde quanto a sua atuação e legitimidade. Por outro lado, o SUS tem se constituído ao longo desses anos a partir do papel indutor assumido pelo Ministério da Saúde⁴, o que pode trazer prejuízos ao planejamento e capacidade de inovação da gestão local, recentralizando a política de saúde (Fleury, 2014).

Nesse sentido, nos chama atenção os dados trazidos por Fleury (2014) em seu estudo com gestores municipais e a leitura que os mesmos possibilitam sobre a descentralização da política de saúde.

Em primeiro lugar, no que diz respeito à definição do orçamento, item de grande relevância e importância para a sustentabilidade das políticas e ações em saúde, os dados levantados pela autora mostram que no ano de 2006 os (as) prefeitos (as) (82%) e as (os) secretárias (os) (49,5%) foram considerados os atores que mais exerciam influência nas definições orçamentárias. Ao passo que o Conselho Municipal de Saúde foi apontado por apenas 28,3% dos gestores municipais como ator de relevância e influência na elaboração e definição orçamentária. Por sua vez, isso se reflete como influência na execução dos gastos em que os prefeitos e os secretários de saúde continuam exercendo maior influência que os Conselhos Municipais, ainda que estes exerçam uma influência mais significativa em municípios de pequeno porte: 42% (Fleury, 2014).

Já a definição de prioridades em saúde aponta um movimento interessante. Os gestores entrevistados apontam que as definições de prioridades seguem, para 62,8% dos entrevistados, orientações técnicas, para 58,3% elas são influenciadas pelas propostas dos conselhos e conferências municipais de saúde. Já os incentivos financeiros do Ministério da Saúde representam uma influência para 50,3%. Demandas diretas da comunidade local e sugestões de outras esferas de governo influenciam, respectivamente, 26% e 33,2% dos entrevistados.

Aqui podemos questionar se a precedência das orientações técnicas como fator de maior influência na definição de prioridades em saúde não estaria direcionando a

⁴ Goulart, F. A. A.(2001) Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, vol.6, n.2, pp.292-318.

política de saúde a um tecnicismo. Ao passo que uma rede de serviços de saúde mais complexa possa exigir uma atuação técnico-burocrática mais densa, a dimensão pedagógica do processo de gestão e planejamento da política de saúde, presente no ideário participativo em que os conselhos assumiriam uma dupla função: controle da política, mas também de educação para a política de saúde, a burocratização do processo de gestão local tende a afastar as possibilidades de democratização do poder, uma vez que o discurso tecnicista inviabiliza a participação de um público mais amplo no debate sobre a política (Fleury, 2014; Almeida, Cayres e Tatagiba, 2015).

Outro dado que chama a atenção diz respeito ao funcionamento desses espaços. Na pesquisa de Fleury (2014), a autora aponta que 90,6% dos Conselhos não têm sede própria e que em 63,8% dos Conselhos o presidente desta instância é o próprio secretário municipal de saúde. Como já mencionado anteriormente, os representantes do poder executivo já exercem uma significativa influência na definição do orçamento da política de saúde. Ao tomarem para si tal papel, estratégico na definição das diretrizes e da agenda dos Conselhos, passam a ocupar um lugar central nas relações de poder no interior de uma instância pensada e proposta, exatamente, para a distribuição e democratização do poder político.

Além do lugar ocupado pelo Conselho na trama dessa teia, o universo que compõe a gestão da política de saúde é formado e permeado por diversas outras instâncias e atores, tais como outros ministérios e secretarias de políticas (ações intersetoriais), legislativo (através de atribuições como as de controle e fiscalização das ações do executivo; proposições, recomendações de comissões e parlamentares), judiciário (judicialização da saúde, controle e fiscalização do Ministério Público, por exemplo).

Assim, as políticas de saúde não estão confinadas ao SUS. Em diversas das instituições que compõem esses três poderes são gestadas, desenvolvidas e implementadas diversas políticas e ações que são tanto favoráveis como contrárias ao SUS.

Em levantamento de informações junto a órgãos que compõem instâncias dos três poderes da república a autora demonstra como a política de saúde é atravessada por ações de diversos outros órgãos. No poder Executivo, por exemplo, Bahia (2018)

identifica na própria Presidência da República proposições que ela classifica em dois grupos: medidas com caráter sistêmico e medidas voltadas a problemas particulares.

No período entre 2012 a 2016, por exemplo, as leis nº 141 de 2012, a lei nº 12.071 de 2013 e a lei 13.097 de 2015 que, respectivamente, alterou o orçamento da saúde, alterou a escala da atenção básica e formação dos médicos e instituiu o Programa Mais Médicos e a última que alterou a lei orgânica da Saúde para permitir que empresas estrangeiras participassem, inclusive, como controladoras dos planos e seguros de saúde, podem ser consideradas medidas de caráter sistêmico (Bahia, 2018).

Por outro lado, as medidas voltadas a problemas particulares, no mesmo período, trataram de estratégias para instituir ou respaldar programas de tratamento do câncer ou controle do uso de álcool e outras drogas, respectivamente as leis nº 12.732 de 2012 e lei nº 12.681 de 2012 (Bahia, 2018).

Outra medida adotada pela Presidência da República em 2016, após o impedimento da Presidenta Dilma Rousseff, foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que congelou gastos primários e com políticas sociais por 20 anos. Logo após a aprovação da Emenda Constitucional, o Ministério da Saúde instituiu grupo de trabalho para formulação de projeto de chamados planos populares⁵.

Por sua vez, o parlamento federal é uma arena de permanente debate sobre o SUS e o setor privado de saúde. Conforme levantamento de Bahia (2018), na última legislatura (2015 – 2018), das 319 frentes organizadas, trinta eram diretamente relacionadas à saúde: assistência à saúde, produção e distribuição de medicamentos e temas relacionados à doenças, condições relacionadas ao ciclo de vida, entre outros.

⁵ O poder executivo adota diversas outras medidas que impactam o SUS, seja através da Presidência da República, de outros Ministérios ou mesmo dos Bancos Públicos que estabelecem e fomentam linhas de crédito para a iniciativa privada e filantrópica. Para mais informações sobre o padrão de crédito ao setor privado e regressivo ao setor público: BAHIA, Lígia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n 7, e00067218, 2018.

Além das frentes parlamentares, as emendas ao orçamento são outra forma de atuação no âmbito do Poder Legislativo, ao mesmo tempo que a primeira vista podem ser entendidas como formas de solucionar problemas de acesso ao SUS, mantêm uma relação de barganha e trocas com as bases eleitorais e incidem diretamente nos municípios (Bahia, 2018).

Por fim, o Poder Judiciário também tem tido a saúde como um tema frequente em sua agenda de trabalho. Entre 2015 e 2018, o levantamento realizado por Ligia Bahia apontou uma diversidade de temas tratados e julgados pela corte constitucional. Do banimento do amianto à constitucionalidade das Organizações Sociais (OS) como prestadoras de serviço, a Corte Suprema já decidiu, inclusive, que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é autoridade sanitária competente pelo registro de medicamentos, mas simultaneamente era inadequada para proibir os aditivos do tabaco (Bahia, 2018).

Em grande parte, essas ações repercutem no cotidiano da política de saúde e afetam os Conselhos de Saúde em todas as suas instâncias, seja pelo fato de serem excluídos do processo de decisão que envolvem essas ações, seja porque elas mantêm ou alteram padrões e práticas nas relações entre Estado e sociedade.

A criação de canais institucionais de participação da sociedade civil colocou sujeitos, bem como entidades e associações em novas arenas e instâncias no interior do aparato estatal. Essas novas instâncias de participação, além de ampliarem o acesso à institucionalidade, trouxeram novas práticas e formas de se relacionar com o Estado.

Aspectos da cultura política tradicional como o clientelismo, patrimonialismo, o corporativismo e o privilégio aos interesses particulares são postos lado a lado, muitas vezes em negociação direta, com atores, movimentos e entidades que se caracterizam ou se caracterizaram por um repertório de atuação imbuído por ações de protesto e contestação do Estado, estabelecido numa relação dicotômica entre este e a sociedade (Gohn, 2011; Carlos, 2011).

A abertura desses canais opera uma mudança nas formas de vocalização das demandas e anseios populares. As entidades, associações e movimentos sociais tornam-se, ao menos no plano jurídico-institucional, interlocutores legítimos com os quais o Estado deve negociar. Emergem relações diretas e negociadas com o

Executivo, a busca por apoio ou negociações com partidos políticos e representantes do legislativo, suporte e apoio do Ministério Público para as demandas apresentadas, mas também fiscalização e acompanhamento de suas ações por este ator (Gohn, 2011; Carlos, 2011 e 2015). Algumas das novas facetas postas e interpostas ao repertório de atuação e ação coletiva de entidades, associações e movimentos sociais, como decorrência de seu engajamento institucional na construção, formulação e proposição de políticas públicas.

Nos conselhos de saúde estão presentes uma variedade e infinidade de entidades que podem ser representadas. Entre elas, algumas têm relação direta com as questões da Saúde, como é o caso das associações de portadores de patologia. Enquanto outras, por sua vez, estão indiretamente vinculadas às questões da saúde, suas finalidades não dizem respeito à área da saúde ou mesmo não se interessam pelo próprio fortalecimento do SUS. É o caso das entidades sindicais, por exemplo, que estão mais interessadas na responsabilização, por parte dos empregadores, da assistência à saúde aos trabalhadores através de planos privados de saúde (Stralen, 2011; Labra, 2007).

Além do fato de ter ou não uma relação direta com a política de saúde, o grau de mobilização das entidades representadas nos Conselhos também é muito diversificado. O associativismo comunitário dos anos de 1980, que alavancou o surgimento de um vasto e variado número de associações de bairro, por exemplo, já não é tão forte atualmente. Outras entidades por sua vez, têm acesso a recursos que proporcionam um maior grau de mobilização. O que faz com que os conselheiros tenham uma inserção e atuação muito diversificada na sociedade.

Nesse sentido, podemos questionar de que forma as interações entre conselheiros e outros atores com seus respectivos projetos políticos, sejam atores da rede decisória “formal”: poder executivo, gestores do SUS, sejam atores “informais” cuja rede é atravessada por práticas políticas com vistas a criar bases de poder e influência política, tem contribuído para a definição do lugar e, por consequência, qual o significado atribuído ao conselho na política local.

Diante das constatações observadas em estudos empíricos, das discussões teóricas sobre a pluralização e reconfiguração da representação política em espaços como os conselhos, surgem questões como: quais são as identidades coletivas dos

conselheiros de saúde formadas no bojo de sua teia de interações? Qual a compreensão acerca do papel do Conselho? Qual o significado que esses atores atribuem ao SUS e o seu entendimento sobre a política de saúde proposta na reforma sanitária? Esses questionamentos se constituíram para nós como problemas de pesquisa pertinentes a serem investigados e nortearam a construção de nosso objeto de pesquisa, qual seja: o significado atribuído ao Conselho Municipal de Saúde e o seu papel para os conselheiros de saúde.

Na próxima seção buscaremos analisar como a relação entre saúde e democracia foi construída e influenciou o projeto da Reforma Sanitária e de que forma esse processo contribuiu para a conformação do cenário atual.

4. Participação, Saúde e Democracia

A correlação entre saúde e democracia não é produto de um processo linear que estabeleceu a participação política da sociedade nos processos decisórios como inerente à constituição de um sistema de saúde universal e igualitário. A institucionalização da participação social, através dos Conselhos e Conferências de Saúde, decorre desde um processo de desenvolvimento de experiências de participação comunitária, influenciado por organismos internacionais, até o desenvolvimento de uma concepção de participação social como controle público das ações do Estado, inserida no contexto das lutas pela redemocratização do país a partir dos anos de 1970 e 1980.

No campo da saúde a participação comunitária já figurava como diretriz de programas de medicina comunitária ou de ampliação e extensão da cobertura de serviços financiados por organismos como Banco Mundial, Fundação Kellog, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), entre outros. Em 1978, com a Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada em Alma Ata, participação passou a ser um imperativo na organização de serviços e programas de atenção primária ao se configurar como “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS, 1978, p.1 apud Stralen, 2011).

No Brasil a experiência mais emblemática desse contexto talvez tenha sido o chamado Projeto Montes Claros. Iniciativa inaugurada em 1975 no município de Montes Claros/MG, desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gérias e Ministério da Saúde e financiada com recursos da USAID.

Todavia, no contexto brasileiro a proposta de participação comunitária foi recebida de forma ambígua. De um lado, os setores que lutavam e estavam engajados nas lutas pela redemocratização do país viam tais iniciativas como a reprodução dos meios de controle do Estado sobre a sociedade civil. Já os setores ligados à medicina comunitária enxergavam como oportunidade de mobilização e conscientização política (Stralen, 2011).

O debate sobre as concepções de participação em saúde se desenvolveu ao longo dos anos de 1970 e 1980, a partir de reflexões críticas e políticas durante todo esse período. Stralen (1976) e Kind et al (2011) discutiram os enfoques dessas concepções e desenvolveram em análise crítica todo esse contexto da emergência das concepções de participação em saúde, assim como nós também já discutimos a politização da proposta de participação no contexto da Reforma Sanitária Brasileira e sua institucionalização através dos Conselhos e Conferências de Saúde (Rossi, 2013). Nosso objetivo aqui não será retomar esse debate.

Buscamos contextualizar brevemente como inovações democráticas, vistas inicialmente como possibilidade de democratização e universalização da política de saúde, que iriam promover o fim das práticas clientelistas e patrimonialistas típicas do Estado brasileiro, hoje vistas mais como inovações institucionais, entremeadas de rupturas, continuidades e contradições, tiveram sua gestação em um processo ambivalente de disputas, construções e desconstruções em um contexto maior de enfrentamento de um Estado totalitário expresso numa ditadura civil-militar.

Por sua vez, o próprio caráter inovador atribuído a essas instâncias talvez possa ser questionado, uma vez que ao longo de todo esse processo outras experiências de institucionalização da participação, anteriores ao modelo Conselho e Conferência instituído com o SUS, foram elaboradas e implantadas no Brasil.

O Programa de Ações Integradas de Saúde, posteriormente denominado Ações Integradas de Saúde, por exemplo, criou comissões interinstitucionais com representantes das três esferas de governo e comissões que previam a participação da população local: Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN); Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras comissões contavam com participação de representantes do Ministério da Saúde, INAMPS, Secretarias Estaduais e Municipais. Já as comissões municipais e locais contavam com a participação de representantes de entidades comunitárias, sindicatos e da população local (Stralen, 2011).

Ressignificada, a partir dos anos de 1980, no contexto de lutas pela redemocratização no país, a participação social se estruturou como estratégia de

garantia do direito à saúde de todos os brasileiros e de controle público das ações do Estado no âmbito do sistema de saúde universal e igualitário gestado no projeto da Reforma Sanitária Brasileira empreendido pelo Movimento Sanitário Brasileiro. É nesse contexto que o setor saúde contribui com a elaboração de uma proposta de reforma do Estado, pois se configurou com um campo que apresentava uma proposta de produção de política pública a partir de novos arranjos institucionais, em um sistema descentralizado e organizado numa estrutura de instituições participativas (Fleury, 2018; Stralen, 2011).

Assim, nesta seção, buscaremos, a partir de análises sobre a Reforma Sanitária Brasileira, enquanto projeto e proposta de redemocratização do Estado, sobre o Movimento Sanitário Brasileiro, enquanto principal ator político deste projeto e a concepções teóricas sobre política e democracia como uma estratégia teórico-metodológica para as análises que empreenderemos nessa tese. Não tomaremos a Reforma Sanitária Brasileira ou o Movimento Sanitário como objetos de nosso estudo. Nossa estratégia toma essas análises e construções teóricas como as lentes analíticas que possibilitaram uma melhor aproximação de nosso objeto.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como projeto de institucionalização e organização de um sistema de saúde universal, tem sido objeto de análises, teorizações e reflexões críticas desde o seu nascedouro. Isso talvez se deva às características do seu principal ator político e social: o Movimento Sanitário.

Nesse sentido, dada as características do seu principal ator político, formado essencialmente por profissionais e gestores de saúde, pesquisadores, professores universitários e estudantes, o projeto da RSB atuou também como agente de constituição da Saúde Coletiva enquanto campo específico de saber, produzindo, concomitantemente, teoria social e o seu próprio objeto. Isso porque, conforme Fleury (2018), até então inexistia no país, no âmbito das ciências sociais, produção teórica de um campo de estudos sobre políticas sociais que buscasse a compreensão das relações entre proteção social, atores, instituições sociais e políticas (p. 36).

A constituição desse campo ganha sua primeira expressão através da medicina social, enquanto campo de aplicação e teorização dos diferentes saberes e disciplinas das ciências sociais e sua aplicação em áreas temáticas: epidemiologia, serviços de

saúde, política, planejamento e gestão, educação e formação profissional (Fleury, 2018 p. 37).

Dessa forma, a saúde é ressignificada conceitualmente em dimensão dupla: as condições de saúde de uma população/sociedade são determinadas socialmente e refletem as estruturas econômicas e de organização social em que tal grupo social se constitui e como uma das facetas que constituem o cidadão ou as condições de cidadania é assumida como um bem público (Fleury, 1997).

Como destaca Fleury (2018), a saúde coletiva movimenta-se de um campo de aplicação das ciências sociais para a “produção de uma teoria social acompanhada de uma prática de transformação por meio da construção de novas formas de compreensão da realidade, de produção de subjetividades e organizações coletiva, e de difusão do saber” (p. 38).

Neste processo, instituições de difusão do conhecimento e organização política foram criadas, experiências de políticas e programas de saúde criadas e gestadas na práxis da saúde coletiva, influenciaram a criação de novos arranjos institucionais, sistemas de saúde descentralizados e estabelecimento de instituições participativas nas políticas públicas (Fleury, 2018).

A proposta da Reforma Sanitária assumiu a igualdade “como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva” (Fleury, 1997 p. 33). Se orientou, portanto, a partir da constituição de um modelo de democracia que pudesse efetivar seu projeto fundado na formulação de uma utopia igualitária, na garantia da saúde como direito, na descentralização do poder decisório, fortalecido por uma gestão participativa (Fleury, 1997).

Para a efetivação e instituição do projeto de um sistema de saúde que contemplasse esses valores e ideais gestados no campo da Saúde Coletiva, o Movimento Sanitário adotou como tática e estratégia política a ocupação do Estado como sua principal forma de ação para a construção de uma contra hegemonia que viabilizasse seu projeto. A opção reformista, conforme aponta Fleury (2018), no sentido de atuar dentro do aparato do Estado na construção de um marco jurídico-

institucional democrático, configurou o contexto das lutas pela redemocratização nas quais a RSB se inseriu.

Dantas (2018) aponta que a opção pela via reformista, no caso do Movimento Sanitário, se expressou a partir de uma dupla influência. De um lado, o Partido Comunista Brasileiro (PCB), onde militavam grande parte dos atores do Movimento Sanitário, que desde a década de 1960 já havia sinalizado a reforma do Estado como opção de construção do socialismo democrático. De outro, o fracasso da via revolucionária nos anos de 1970.

Passados 30 anos da constituição do SUS, a opção tática e estratégica adotada pelo MSB na viabilização do seu projeto ainda é objeto de críticas e análises. Seja através de reflexões acerca do “dilema do reformismo” e da ênfase da RSB às estratégias institucionais ou pela ausência de uma base social mais ampla e do fortalecimento da construção de um modelo sanitário alternativo junto às classes populares e trabalhadores.

Dantas (2018) identifica que a opção pela via institucional, traduzida na ocupação de cargos estratégicos tanto no Ministério da Saúde, bem como no INAMPS, foi possível a partir dos próprios sinais de esgotamento da ditadura civil-militar:

A ditadura dava claros sinais de exaustão, os movimentos sociais se reorganizavam, o campo da Saúde se despontava na luta pela redemocratização e um novo ciclo da esquerda brasileira se iniciava, com o surgimento do *novo sindicalismo*, a partir, principalmente, das célebres greves do ABC Paulista e da fundação do PT (Dantas, 2018 p. 148 – grifos no original).

O autor aponta que a vitalidade das mobilizações dos trabalhadores nos estertores do regime ditatorial configurou o esteio nos quais projetos e reformas setoriais tomaram corpo, o que intensificou disputas no interior da institucionalidade do Estado (Dantas, 2018).

No período compreendido entre 1985 e 1989, entendido como o auge da RSB⁶, as principais lideranças do Movimento Sanitário ocuparam cargos na presidência do IANMPS, presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na Secretaria Geral do

⁶ Classificamos esse período como o auge das lutas pela Reforma Sanitária, pois é nesse período que fatos fundamentais para a concretização da reforma do sistema de saúde ocorreram: VIII Conferência Nacional de Saúde; Assembleia Nacional Constituinte e Promulgação da Constituição Federal de 1988.

Ministério da Saúde e Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, por exemplo. Para Dantas (2018), esse período representa o distanciamento do caráter emancipatório do projeto da Reforma Sanitária, exatamente, pelo privilégio crescente que a via institucional assumiu e sua “aposta no restabelecimento da dita *normalidade democrática* como garantia de uma disputa civilizada, legítima e sob uma suposta igualdade de condições entre as classes” (p. 148, 149 – grifos no original).

Fleury (2018), por sua vez, defende a disputa interna no aparato do Estado que configurou a opção do Movimento Sanitário, ressaltando as limitações objetivas enfrentadas nas lutas pela redemocratização e que conformaram a opção tática pela via institucional⁷.

Por outro lado, a autora reconhece que a ênfase nas estratégias institucionais talvez tenham comprometido o desenvolvimento de um modelo sanitário mais amplo, mas destaca que as críticas produzidas ao longo dos anos sobre a Reforma Sanitária Brasileira falharam e falham em apontar caminhos alternativos e no esclarecimento sobre as lacunas da ausência de uma base social mais ampla na defesa da Reforma, bem como se amparam em teorias que não se aplicam ao contexto de países de capitalismo tardio e de regimes democráticos retardatários (Fleury, 2018).

As concepções que orientavam o Movimento Sanitário entendiam que as políticas sociais, como materialização de uma correlação de forças, se expressam e constituem num aparato político-administrativo, executor de serviços e ações condicionados a um aparato institucional (Fleury, 2018). Dessa forma,

para além da dimensão de luta política, torna-se imprescindível considerar a política social como aparato material, administrativo e institucional e compreender o papel da burocracia como a outra face da cidadania já que a igualdade requer a impessoalidade das regras, mas também dá lugar ao poder burocrático e se torna lugar de exercício da dominação. Não se pode obscurecer o fato de que a concentração dos saberes nas mãos da burocracia e o acesso diferencial de certos grupos às instâncias governamentais e aos recursos de poder geram alianças entre eles. Porém,

⁷ A escolha pela via institucional, porém, não ocorreu sem conflitos e disputas no interior no Movimento Sanitário. Havia dois projetos em disputa concentrados em um grupo pertencente ao antigo INAMPS e outro pertencente à FIOCRUZ. De um lado a ocupação institucional como via de implantação da reforma e de outro a via de construção de um socialismo democrático, em que a reforma do sistema de saúde é entendida como reforma do aparato de Estado. No fim: lutar pela democracia: seja ela conflito, movimento ou institucionalidade (Dantas, 2018 p.153 – 155).

não deixa de existir possibilidades de aliança entre setores progressistas da burocracia e os interesses populares (Fleury, 2018 p. 61).

Todavia, como a própria autora reflete em outra análise, “não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (Fleury, 1997 p. 35). O contexto da redemocratização e instituição do SUS foi caracterizado pela inscrição de valores e princípios democráticos baseados em direitos sociais e políticos, mas inseridos numa sociedade altamente desigual, hierarquizada que assumiu os cânones do neoliberalismo como política econômica e social, em que a igualdade estava cada vez mais reduzida a uma afirmação genérica, pouco verificada.

Nesse sentido, sem prescindir da materialidade institucional para a operacionalização do direito à saúde, entendemos que o privilégio da via institucional acabou por afastar ou deixar para segundo plano a inclusão e construção de alianças, exatamente, com as classes populares e trabalhadora.

Tal afastamento, portanto, não pode ser compreendido como consequência do aproveitamento de uma oportunidade política ou uma leitura equivocada da realidade. Foi uma escolha do Movimento Sanitário, a partir das contingências das lutas democráticas, que apostou na expectativa de conquistas futuras, assim como nos avanços institucionais que acreditavam ter sido já alcançados (Dantas, 2018).

No caso do afastamento observado com relação às classes trabalhadoras, podemos dizer que o projeto da Reforma Sanitária e o SUS nunca se caracterizaram como alternativa ao modelo securitário, representado hegemonicamente pelo INAMPS. Ao contrário, o projeto tinha como objetivo a sua extinção. A tese do campo da saúde coletiva que correlacionou a análise sobre a distribuição da riqueza e seus impactos nas condições de saúde, se traduziram numa depreciação da experiência política sindical (Teodoro, 2018).

A crítica aos óbvios limites democráticos do modelo securitário orientada pelo repertório conceitual do, então, recente campo da saúde coletiva e a análise crítica do emprego de recursos públicos nesse modelo, identificou como padrão a incorporação de uma classe popular alienada através da concessão de privilégios a determinados setores das classes trabalhadoras. Padrão que conformaria uma exitosa estratégia de cooptação política (Teodoro, 2018).

Como aponta Teodoro (2018), essa foi a leitura dominante durante todo o período de construção do campo da saúde coletiva, assim como do projeto da Reforma Sanitária. Todavia, há uma generalização que marca a definição dos períodos que vão de 1930 a 1970, divididos em “república populista” a partir de 1930 e “regime burocrático-autoritário” a partir de 1964, em que conceitos como estratificação de direitos e regressividade do gasto público, por exemplo, subtraíram as distinções qualitativas operadas nesses contextos.

O modelo varguista pode ser compreendido como uma oferta estratificada e segmentada de direitos, em que o seu caráter incluyente pode ser percebido no processo de cooptação e manipulação das corporações sindicais. Já o período pós 1964 é caracterizado, antes, pela exclusão das corporações e organizações trabalhistas, em que se mantinha a segmentação previdenciária anterior, mas acrescentando uma configuração mercantil que implicou na sua crescente privatização. Assim, a representação cooptada do sindicalismo foi substituída por uma relação direta com setores empresariais (Oliveira & Teixeira, 1989 apud Teodoro, 2018).

Nesse contexto, o diagnóstico promovido pelo campo da saúde coletiva a partir dos anos de 1970, em que a principal mazela localizava-se no modelo corporativo de acesso aos direitos sociais, deslegitimou as importantes mobilizações das forças sociais, anteriores aos anos de 1930, que construíram a nova política social e seu modelo previdenciário, caracterizando-as após a sua implantação como pelegas e/ou cooptadas. “Assim compreendido, o comportamento dos trabalhadores no processo de formação dos direitos sociais tornava-se reduzido e condicionado aos interesses e à iniciativa das elites políticas e empresariais que controlam as instituições estatais” (Teodoro, 2018 p. 188).

Ou seja,

“ao se contrapor à luta corporativa de acesso aos direitos sociais, a tese sanitária para a redemocratização do estado brasileiro esbarrava em uma tradição política de lutas laborais. Em termos analíticos, a formulação do direito à saúde em uma chave pública e universal não construiu pontes capazes de reconfigurar a perspectiva sindical. Esta tensão teórica está na base de conceitos como o de cidadania regulada (...) e [as análises] sobre a regressividade da previdência social, que alcançaram ampla inserção nos estudos de políticas públicas. No campo sanitário, a crítica ao modelo hospitalocêntrico e à concepção curativista, dominantes à época, demarcava

outro momento de tensão com a concepção de saúde integrada aos direitos do trabalhador (Teodoro, 2018 p. 189)".

Nesse sentido, a medida que o campo da saúde coletiva e a medicina comunitária ou social se conformam como uma episteme alternativa da assistência médica, o trabalho e seus processos ocuparam, quando ocuparam, lugar marginal nas reflexões sobre os determinantes sociais da saúde, onde a "saúde do trabalhador" foi cindida da "saúde do cidadão". Ainda que, apesar da influência corporativa o fluxo de recursos públicos para o setor privado não tinha como origem a atuação sindical e o modelo corporativo (Teodoro, 2018 p. 194).

Se as classes trabalhadoras não eram os aliados, a sociedade civil e os movimentos populares, por sua vez, também não conformaram a base social do projeto, ainda que, para alguns de seus intelectuais, o Movimento Sanitário tenha sido definido como um *intelectual coletivamente orgânico* (Dantas, 2018 p. 171).

É certo que o Movimento Sanitário construiu relações e interações com outros movimentos sociais e populares, mas o debate que procuramos fazer aqui é no sentido de apontar que o "dilema reformista" ou o "fantasma da classe ausente", tratado em diversas análises sobre a Reforma Sanitária, conformaram, de fato, opções estratégicas do projeto adotadas desde a origem do Movimento Sanitário, buscando compreender os impactos dessas opções nos processos e instâncias participativas da política de saúde.

Nesse sentido, nos chama atenção que o Movimento Sanitário construiu pontes com os movimentos sociais e populares, mas dispensou essas articulações quando a sua proposta de ocupação do aparato do Estado foi confrontada, como foi o rompimento entre as lideranças do Movimento Sanitário e do Movimento Popular em Saúde (Gerschman, 2004; Dantas, 2018).

O Movimento Popular em Saúde (MOPS) carregava uma forte orientação pela concepção da participação comunitária e uma visão de autonomia e independência em relação às políticas governamentais e ao Estado.

No início do MOPS, em meados da década de 1970, algumas lideranças do Movimento Sanitário se assumiram como intelectuais orgânicos do movimento popular, numa espécie de dupla militância. Com a decisão do Movimento Sanitário de

ocupação institucional, uma cisão foi instituída no interior do movimento popular entre uma ala “original” e outra que aderiu à proposta do Movimento Sanitário e concordava com a ocupação dos, ainda incipientes, Conselhos de Saúde. Como resultado dessa cisão, o rompimento entre as lideranças dos dois movimentos em meados da década de 1980 (Gerschman, 2004).

Por outro lado, é uma certa postura de tutela dos “supostos interessados na mudança da política de saúde” (Fleury & Mendonça, 2011 p. 207) que nos chama a atenção:

“na realidade, a população mais pobre, além de estar voltada para a busca imediata da sua sobrevivência, apresentava um baixo nível de organização e participação política. Apenas uma pequena parcela distinguia-se dessa massa pouco politizada, estando organizada nas Comunidades Eclesiais de Base vinculada à Igreja Católica progressista, adepta da Teologia da Libertação. Neste caso, porém, em geral predomina uma ideologia radical que rejeita qualquer possibilidade de alteração na política pública como estratégia de mudança social” (Fleury & Mendonça, 2011 p. 207).

Concordamos com as autoras que a participação política para as classes mais pobres, além de um estatuto constantemente negado, configura-se como uma impossibilidade ante os esforços que precisam empreender para a garantia de sua sobrevivência. Todavia, ante o rompimento com o MOPS e a impossibilidade de interlocução com as classes populares, a impressão é de que “os poucos que haviam não serviam” (Dantas, 2018 p. 172).

Assim, parece-nos correta a análise de Dantas (2018), quando o autor aponta o projeto da Reforma Sanitária como o seu próprio sujeito de luta, de maneira endógena e autorreferente. Em que o Estado foi assumido como o interlocutor direto do movimento, durante a ditadura e depois dela, pois a proposta não se tratava de organizar a sociedade em torno de um projeto de transformação do Estado, mas de assumi-lo.

Dessa forma, entendemos que o SUS, sistema de saúde produto do projeto da Reforma Sanitária, proporcionou mudanças democráticas, ainda que a democratização da assistência à saúde permaneça pendente (Bahia, 2018).

O processo de institucionalização e implantação do SUS teve impacto no redesenho do poder executivo e do nosso federalismo. Além da inscrição dos Conselhos e Conferências de Saúde, entendidos como mecanismos de cogestão,

participação política, controle social e formação de vontade política, houve descentralização da gestão, organização e prestação de serviços para estados e municípios e a criação de mecanismos de “gestão compartilhada, negociação e pactuação entre entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde, representados pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite” (Fleury, 2018 p. 77).

Todavia, apesar de certo consenso sobre as restrições e razões que impediram a efetivação plena de um sistema de saúde universal, tais como a adesão aos cânones do neoliberalismo, as políticas macroeconômicas restritivas e sociais focalizadas ou “a herança (ou a dependência) da trajetória de um sistema privado, [que] mitigaram (para alguns) ou interditaram (para outros) a consolidação de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico (Bahia, 2018 p. 2).

Parece-nos que a busca por certo consenso em torno da ocupação do Estado como estratégia política de implantação do SUS, além do afastamento dos “supostos interessados” com as mudanças na política de saúde, caracterizou uma política de saúde densamente institucionalizada, mas que a sua via reformista pouco incomodou a ordem do capital ou proporcionou uma organização mais ampla de forças políticas em torno de si⁸.

Passados 30 anos desde a implantação do SUS e das mudanças democráticas promovidas pelo sistema, nos encontramos num contexto em que de um lado, tanto seu projeto original quanto o seu principal ator político perderam potência, na contingência das lutas democráticas, na (re) definição das políticas de saúde. De outro, a luta pela universalização do direito à saúde como condição de cidadania, permanece atual (Bahia, 2018; Fleury, 2018).

Nesse sentido, a autocrítica realizada por Fleury (2018), uma das principais lideranças do Movimento Sanitário, parece adequada e necessária diante dos impasses atuais, bem como contribui para problematizarmos os processos

⁸ A partir de Cohn (1989) e Stralen (2005) é possível observar como, já no período da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, o setor privado, que havia se recusado a participar da Conferência, se reorganizava politicamente com vistas a atuação e influência no âmbito do legislativo e na Assembleia Nacional Constituinte para enfraquecer o SUS, assim como é praticamente nula a “participação daqueles partidos políticos que pelo menos em princípio comungam do preceitos reformistas” (Cohn, 1989 p. 130).

participativos na política de saúde e suas possibilidades para a universalização do direito à saúde, objeto deste estudo. Todavia, nos distanciamos da autora a partir de algumas interpretações e análises que conformam o seu diagnóstico.

“Por muito que a participação em saúde tenha sido estudada por pesquisadores nacionais e internacionais, ainda não fomos capazes de explicar como se processaram as transformações táticas e estratégicas que levaram a que a participação em assembleia geral e permanente, existente no Projeto Montes Claros, tenha dado lugar à representação da participação em conselhos, conferências e comissões intergestores. Ao passo que na assembleia se favoreciam o conflito e a construção de identidades emancipatórias, dificultava-se a construção do consenso e muitas vezes impedia-se sua institucionalização, fragilizando a conquista de direitos e sua efetivação (...) Não obstante, é preciso salientar que as leis, normas e instituições, são consequência de uma dada dinâmica relacional na disputa pelo poder e é neste enfrentamento que os sujeitos se constituem e projetam suas utopias emancipatórias. Dito de outro modo, não se cria subjetividade de forma administrativa, não se criam cidadãos por meio de leis – eles são frutos das lutas e disputas de poder. (...) No entanto, a ênfase atual nos aspectos legais e institucionais negligencia a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção dos sujeitos políticos da reforma. A formação de identidades, a difusão da consciência sanitária, a organização em coalizões sociais em defesa de uma reforma radical é a única maneira de superar os entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde” (Fleury, 2018 p. 78 – 79).

Discordamos da autora, pois em nossa análise foi, exatamente, a formação de um consenso em torno da ocupação institucional que afastou o projeto da Reforma Sanitária de construir e se constituir como uma alternativa para as classes trabalhadoras, assim como operou rupturas junto às classes populares que se viram tuteladas em seus anseios pelos intelectuais orgânicos do Movimento Sanitário. Assim, entendemos que a busca ou manutenção dos consensos no interior do projeto da Reforma, acabaram possibilitando a manutenção das desigualdades estruturais. Nem tão pouco concordamos que a ênfase nos aspectos legais e institucionais seja fenômeno atual, ela se configurou como a gênese e estratégia do projeto. Por outro lado, concordamos com a autora que não se cria subjetividade de forma administrativa, mas entendemos que não se trata apenas da adição de novos atores, mas de transformação da ordem estabelecida (Dantas, 2018; Marques e Prado, 2018).

Dessa forma, assim como Dantas (2018), não estamos concluindo que as apostas da Reforma Sanitária não tenham sido legítimas ou politicamente válidas. Concluimos, como autor, que elas são passíveis de críticas. Críticas que têm como objetivo contribuir para a reinvenção das lutas pela universalização do direito à saúde, assim como pela garantia das conquistas já alcançadas e do aprofundamento e

radicalização democrática, “o que significa ultrapassar em muito a arquitetura participativa do controle social da Saúde (...) e tantas outras expressões de reforma e de democracia que têm consumido a já pouca energia disponível para a luta” (Dantas, 2018).

Ao longo dos anos que marcaram a sua institucionalização, os Conselhos de Saúde têm sido analisados a partir de teorias da democracia participativa ou deliberativa. Teorias que tem como fundamento o modelo da ação comunicativa habermasiano, em que a troca argumentativa constitui-se num ato de comunicação entre as partes envolvidas que buscam alcançar um consenso sobre um determinado problema (Habermas, 1997).

Com base no resgate que fizemos sobre a institucionalização da Reforma Sanitária e sua inscrição na redemocratização do país, podemos aventar que a formação de consensos que conformou o processo de implantação do SUS, configurou, em certa medida uma negação das diferenças e uma afirmação genérica da igualdade, através do direito à saúde (Marques e Prado, 2018).

Nesse sentido, se compreendermos que o regime democrático é aquele que tem a igualdade como um pressuposto e não como objetivo, poderíamos aventar também que a democracia parece ter dois adversários: um deles claramente identificado no governo autoritário e um outro, nem sempre visível, o “bom governo democrático”, aquele capaz de controlar um mal que se chama simplesmente vida democrática (Rancière, 2014 p. 15).

Dessa forma, seguindo o caminho indicado por Dantas (2018) lançaremos mão do pensamento e das concepções de Jacques Rancière como suporte para as análises que temos buscado empreender.

Ao elaborar suas reflexões, o pensador francês nos convoca, a partir de uma inversão e redefinição nas chaves conceituais sobre aquilo que tradicionalmente entendemos e chamamos por política. Em contraposição e num modelo diverso das teorias tradicionais, Rancière nomeia aquilo que chamamos por política como *polícia*⁹

⁹ “Chamamos geralmente pelo nome de política o conjunto dos processos pelos quais se operam a agregação e o consentimento das coletividades, a organização dos poderes, a distribuição dos lugares e funções e os sistemas de legitimação dessa distribuição. Proponho dar outro nome a essa distribuição e ao sistema dessas legitimações” (Rancière, 1996 p. 41).

e por *política* ele vai entender um modo específico de ação de sujeitos que não preexistem (Marques e Prado, 2018).

A inspiração de Rancière é o pensamento de Michel Foucault, mas as definições e conceituações dos dois autores ao mesmo tempo que se aproximam, estão conceituadas de formas distintas. Foucault trabalha com as noções de política e polícia, mas para este autor os dois conceitos vão representar formas diferentes de garantia da ordem e fortalecimento do Estado. Para Rancière, a política não se confunde com o exercício do poder, não é feita de relações de poder, mas de relações de mundo (Rancière, 1996; Marques e Prado, 2018).

Em Rancière, portanto,

polícia é assim, antes de mais nada, uma ordem dos corpos que define as divisões entre os modos do fazer, os modos de ser e os modos do dizer, que faz que tais corpos sejam designados por seu nome para tal lugar e tal tarefa; é uma ordem do visível e do dizível que faz com que essa atividade seja visível e outra não o seja, que essa palavra seja entendida como discurso e outra como ruído (Rancière, 1996 p. 42).

A ordem policial, para Rancière, diferente da definição foucaultiana, ligada a uma “disciplinarização” dos corpos, está relacionada a “uma configuração das ocupações e das propriedades dos espaços em que essas ocupações são distribuídas” (Rancière, 1996 p. 42). Ou seja, “a um conjunto de regras e códigos que definem modos do aparecer dos corpos e de sua localização no tecido social”, uma forma de partilha do sensível que traça correspondência exata entre nomes, coisas, espaços e atividades. (Marques e Prado, 2018 p. 57).

Por sua vez, Rancière vai nomear como *política*, “uma atividade bem determinada e antagônica à primeira (polícia): a que rompe a configuração sensível na qual se definem as parcelas e as partes ou a sua ausência a partir de um pressuposto que por definição não tem cabimento ali: a de uma parcela dos sem-parcela (Rancière, 1996 p. 42).

Rancière, afirma que a política só existe mediante a efetivação da igualdade de qualquer pessoa com qualquer pessoa. A igualdade seria, portanto, a “condição não-política da política, que não se apresenta ali enquanto tal. Só aparece sob a figura do dano” (1996 p. 71). Ou seja, na falha da ordenação social, a partir das suas

hierarquias, em reconhecer a igualdade entre as partes que integram a comunidade (Marques e Prado, 2018).

Antes de avançarmos no debate sobre aquilo que Rancière denomina como política e aquilo que constitui atividade política, que ele irá definir como “modo de manifestação que desfaz as divisões sensíveis da ordem policial” (Rancière, 1996 p. 43), e que irão contribuir para as nossas análises, outras definições conceituais apresentadas pelo autor são necessárias, como o que define por *partilha do sensível*.

Rancière denomina como partilha do sensível “o sistema de evidências sensíveis que revela, ao mesmo tempo, a existência de um *comum* e dos recortes que nele definem lugares e partes respectivas” (2009 p. 15). Resgatando a definição de Aristóteles de cidadão: aquele que toma parte no fato de governar e ser governando, Rancière vai definir a partilha do sensível como uma forma de partilha que precede este tomar parte aristotélico: uma partilha que determina os que tomam parte.

“O animal falante, diz Aristóteles, é um animal político. Mas o escravo, se compreende a linguagem, não a “possui”. Os artesãos, diz Platão, não podem participar das coisas comuns porque eles *não têm tempo* para se dedicar a outra coisa que não seja o seu trabalho. Eles não podem estar em *outro lugar* porque o *trabalho não espera*. A partilha do sensível faz ver quem pode tomar parte no comum em função daquilo que faz, do tempo e do espaço em que essa atividade se exerce. Assim, ter essa ou aquela “ocupação” define competências ou incompetências para o comum. Define o fato de ser ou não visível num espaço comum, dotado de uma palavra comum” (Rancière, 2009 p. 16 – grifos no original).

A política, portanto, vai se ocupar “do que se vê e do que se pode dizer sobre o que é visto, de quem tem competência para ver e qualidade para dizer, das propriedades do espaço e dos possíveis do tempo” (Rancière, 2009 p. 17).

Assim, a política vai se caracterizar como uma atividade baseada num dissenso entre duas ordens sensíveis distintas: “uma que prevê espaços, ocupações, papéis e discursos para os indivíduos e grupos (ordem policial) e outra que pretende suspender essa pretensa harmonia que se esconde sob a igualdade e o consenso, revelando suas contingências e permitindo a recriação das linguagens e códigos sensíveis que a sustentam (ordem política)” (Marques e Prado, 2018 p. 56 – grifos no original).

Fazendo uma interlocução com nosso objeto de pesquisa e as discussões até agora apresentadas sobre o pensamento de Rancière, poderíamos nos questionar em

que medida os CMS constituem-se como espaços de reprodução da ordem policial ou viabilizam a atividade política, desfazendo as divisões sensíveis da ordem policial?

Uma reforma administrativa do sistema de saúde, que inscreve a saúde como direito de todos, poderia se caracterizar como a reprodução da ordem policial? A inscrição de uma nova institucionalidade, os Conselhos de Saúde, e a aproximação que operam entre os cidadãos e o Estado proporcionariam lugares e formas para o encontro entre os processos policial e o processo da igualdade?

Se concordarmos com Rancière que a polícia pode proporcionar todos os tipos de bem, que pode ser doce e amável, mas que continua sendo o contrário da política, poderíamos aventar que

“a maior parte das medidas que nossos clubes e laboratórios de “reflexão política” imaginam para mudar ou renovar a política aproximando o cidadão do Estado ou o Estado do cidadão oferece, na verdade, à política sua mais simples alternativa: a da simples polícia. Pois é uma figuração da comunidade própria à polícia aquela que identifica a cidadania como propriedade dos indivíduos passível de se definir numa relação de maior ou menor proximidade entre o seu lugar e o do poder público” (Rancière, 1996 p. 43 – 44 – grifos no original).

Assim, a ação dos conselheiros de saúde não é por si só política, somente o será quando e se colocar em questão a igualdade do direito à saúde em encontro com a desassistência e impedimentos de acesso à saúde que enfrentam a comunidade que eles representam, reconfigurando a distribuição, organização e acesso aos serviços de saúde, por exemplo. Do mesmo modo, os Conselhos de Saúde se tornam um lugar político não porque ali se exercem relações de poder entre usuários, secretários municipais, trabalhadores e prestadores de serviços, mas porque ali se estabelece um litígio sobre o direito universal à saúde de todos os cidadãos.

“A política age sobre a polícia. Ela age em lugares e com palavras que lhe são comuns, se for preciso reconfigurando esses lugares e mudando o estatuto dessas palavras. O que é habitualmente colocado como o lugar do político, ou seja, o conjunto das instituições do Estado, justamente não é um lugar homogêneo. Sua configuração é determinada por um estado das relações entre a lógica política e a lógica policial” (Rancière, 1996 p. 45).

Nesse sentido, a política, segundo Rancière (1996) é assunto de sujeitos, “existe mediante sujeitos ou dispositivos de subjetivação específicos. Estes medem os incomensuráveis, a lógica do traço igualitário e da ordem policial. Fazem-no unindo

ao nome de tal grupo social o puro título vazio da igualdade de qualquer pessoa com qualquer pessoa” (p. 47).

Aqui é importante ressaltar que, para Rancière, política e polícia são conceitos suplementares e interdependentes. Como destacam Marques e Prado (2018), “o processo político não pode ser entendido como oposição entre a verificação da igualdade e a lógica policial. Essas duas ordens fazem os sujeitos, os tempos e as coisas aparecerem (ganharem visibilidade e enunciação) de modo diferente” (Marques e Prado, 2018 p. 57 – grifos no original).

De um lado, a ordem policial, vai buscar fazer com que contradições e perturbações, aquilo que marca as interações políticas, não apareça, passem despercebidas, em grande parte por coincidirem com interesses hegemônicos (Marques e Prado, 2018 p. 77). Por sua vez, a política como “prática na qual a lógica do traço igualitário assume a forma do tratamento de um dano, onde ela se torna o argumento de um dano principal que vem ligar-se a tal litígio determinado na divisão das ocupações, das funções e dos lugares” (Rancière, 1996 p. 47), assume uma estética e um sujeito e subjetivações próprios.

A política é uma forma polêmica de reenquadrar o senso comum e, por isso, uma questão estética. Esse reenquadramento não é instantâneo, mas depende de uma série de microexperiências de partilha do sensível, uma multiplicidade de operações que reenquadram o lugar do operário, o tempo de seu trabalho e de sua vida. (RANCIÈRE, 2009, p. 277 apud Marques e Prado, 2018 p. 65).

Em linhas gerais, a estética da política está ligada à formação de uma cena polêmica na qual a igualdade ou desigualdade dos seres falantes se contrapõe onde as “palavras ditas se tornam audíveis, objetos se tornam visíveis e indivíduos podem ser reconhecidos. Essa atividade de invenção permite uma redescritção e reconfiguração do mundo comum da experiência. É nesse sentido que podemos falar da poética da política: um desafio à oposição entre falantes legítimos e ilegítimos”. (Rancière, 2000a, p. 116 apud Marques e Prado, 2018).

Um sujeito político por sua vez,

“não é um grupo que “toma consciência” de si, se dá voz, impõe seu peso na sociedade. É um operador que junta e separa as regiões, as identidades, as funções, as capacidades que existem na configuração da experiência dada, quer dizer, no nó entre as divisões da ordem policial e o que nelas já se

inscreveu como igualdade por frágeis e fugazes que sejam essas inscrições” (Rancière, 1996 p. 52).

O sujeito da política, portanto, como aponta Marques e Prado (2018), rompe com a ideia de que existem disposições específicas, ele instaura a política “e um processo de subjetivação que envolve formas de enunciação e expressão para encenar a contagem equivocada das partes da comunidade” (p. 69).

Para Rancière, o sujeito não precede a linguagem, é constituído nos jogos e cenas discursivas que irão precedê-lo, mas que ele pode modificar quando atuam sobre sua constituição. O sujeito político, ligado à noção dos “sem-parte”, tem na subjetivação política o processo em que se configura a irrupção dos “sem-parte”. Deslocando e desorganizando os arranjos da ordenação policial do mundo. Assim, a subjetivação política para Rancière é constituída de três dimensões: demonstração do dano, formação de uma cena de dissenso e desidentificação (Marques e Prado, 2018 p. 90 – 94).

O dano expressa a falha da ordem policial em reconhecer a igualdade entre os integrantes da comunidade. “O dano é simplesmente o modo de subjetivação no qual a verificação da igualdade assume figura política (...) é tratado por dispositivos de subjetivação que o fazem consistir como relação modificável entre partes, como modificação mesmo do terreno no qual o jogo é jogado” (Rancière, 1996 p. 51).

Por sua vez, sujeito político e a cena de dissenso surgem juntos. A subjetivação política traz os sujeitos para uma cena na qual a política interrompe a ordem policial: “as cenas são criadas para tratar um dano associado ao não cumprimento de um pressuposto de igualdade que pretensamente deveria fazer com que todos os indivíduos fossem capazes de participar de ações e atividades políticas” (Marques e Prado, 2018 p. 99).

Resumidamente, a subjetivação política, ao tratar o dano e operar a verificação de igualdade, “torna visível o hiato entre a identidade de alguém dentro da ordem consensual dada (...) e uma certa demanda de subjetividade por meio da ação da política” (Marques e Prado, 2018 p. 104).

Sob esse aspecto, a desidentificação promove mudanças na ordem consensual e nos retira do âmbito das classificações impostas, operando uma partilha dissensual do sensível que reconfigura nosso autoentendimento por

meio da reconfiguração de nossa relação com o mundo e com os outros (Marques e Prado, 2018 p. 105).

Assim, com base nesses referencias e nas análises críticas que nos auxiliaram a compreender as rupturas, continuidades e orientações políticas e conceituais que orientaram o processo da Reforma Sanitária, da implantação do SUS e inscrição dos Conselhos de Saúde em seu arcabouço normativo-institucional, buscaremos compreender em que medida os Conselhos tem se constituído como espaços em que a política emerge ou se acabam por reproduzir a ordenação consensual da distribuição policial.

5. Metodologia

A proposta dos Conselhos, mais especificamente dos Conselhos de Saúde, figura como um importante marco histórico e institucional do processo de redemocratização e construção democrática no Brasil. No caso da Saúde, estão inscritos na própria narrativa de construção do Sistema Único de Saúde (Almeida, Cayres e Tatagiba, 2014).

Em um balanço da produção científica sobre os Conselhos Almeida, Cayres e Tatagiba (2014), apontam a consolidação desta agenda de pesquisa, bem como a importância da mesma para o aprofundamento e aperfeiçoamento da democracia. Para as autoras a contribuição central desta agenda está na relação entre participação e políticas públicas, ou seja, os impactos da participação no interior do Estado e o potencial de transformação e democratização do mesmo.

Todavia, apontam alguns pontos cegos ou fragilidades no debate. Em primeiro lugar há uma fraca correlação ou referência à sociedade civil ou movimentos sociais nos estudos sobre os Conselhos, indicando um paralelismo nas agendas de pesquisa. Ainda que a contribuição central apontada seja a relação entre a participação e políticas públicas, o ideário participativo que influencia esta agenda mantém o Estado como uma categoria subtematizada nos estudos, o novo papel da sociedade civil tem direcionado as pesquisas para uma abordagem meramente relacional.

Os enfoques centrais estão direcionados à compreensão da dinâmica interna, o perfil dos atores, os resultados dos conselhos, aos condicionantes que influenciam sua atuação. A pergunta central está localizada no “papel” dos Conselhos para a democratização da gestão ou ampliação do acesso às políticas públicas e seus programas. Porém, ainda que o questionamento acerca do papel dos Conselhos incida sobre um debate teórico e na construção de instrumentos de avaliação¹⁰, as autoras apontam uma baixa sofisticação teórico-metodológica nos estudos, ou seja, as análises não aprofundam nos questionamentos “se” e “sob” quais circunstâncias e condições a participação e os controles sociais melhoram o funcionamento da gestão/

¹⁰ *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação* (Vol. 7, 372 p., Coleção Diálogos para o desenvolvimento) R. R. C. Pires. (org.). Brasília: Ipea.

do Estado, bem como democratizam e tornam mais responsivas as políticas públicas (Almeida, Cayres e Tatagiba, 2014).

Ao manterem o olhar centrado na dinâmica interna dos Conselhos as repercussões externas deixam de ser investigadas. Conseqüentemente, a teia político-social e político-institucional, vital ao modelo participativo dos Conselhos, acaba sendo analisada sob a perspectiva de abordagens normativas, que carregam em si uma alta expectativa em torno do modelo participativo. O que, por sua vez, acaba obscurecendo o debate e não incluindo as contribuições de um novo repertório conceitual (*accountability* e representação política, por exemplo) que trouxe questionamentos e passou a interpelar o ambiente institucional e societal dos conselhos. Ampliando as lentes de pesquisa para o entorno dessas instâncias e suas relações com outros espaços de participação (Almeida, Cayres e Tatagiba, 2014).

O pressuposto geral que corrobora a importância dos conselhos para as políticas públicas não pode ser tomado como um valor per se. As implicações e reverberações mútuas sobre a inscrição institucional dessa instância precisam ser incorporadas na agenda de pesquisa sobre a participação.

Avritzer (2011) atenta para essa questão ao interpelar o “problema da efetividade da participação”, ou seja, o papel das formas de participação no desenvolvimento e aperfeiçoamento da democracia. A participação como um valor em si para a democracia não afasta a necessidade do questionamento sobre de que forma a sua operacionalização viabilizaria ou proporcionaria o aperfeiçoamento da democracia, uma vez que tomada apenas como um princípio acaba sendo utilizada dentro de uma matriz discursiva como um valor por aqueles que não buscam de fato democratização.

Nesse sentido, ainda segundo Avritzer (2011), o problema estaria relacionado à crescente associação entre participação e políticas públicas e a capacidade das deliberações se tornarem efetivas. De tal modo que a preocupação investigativa com o próprio tema da deliberação, enquanto categoria teórico-conceitual: democracia deliberativa, irá operar um deslocamento das lentes analíticas para a questão da deliberação em si, estando assentada em dois aspectos principais: (a) a identificação empírica dos elementos deliberativos nas IP's e (b) a análise sobre os elementos deliberativos dos conselhos.

Tais aspectos irão conformar no país duas agendas de pesquisa. Uma primeira centrada na ampliação das formas de deliberação, tendo como foco os estudos sobre conselhos e a comparação entre IP's. Já a segunda mais preocupada com os problemas ou déficits deliberativos. Ou seja, uma análise sobre a deliberação no interior desses espaços e a implementação das mesmas pelo Estado (Avritzer, 2011).

Todavia, as diferentes tradições teóricas em que estão assentados tais estudos trouxeram dificuldades operacionais em termos de homogeneização dos resultados, bem como comparação entre os dados sobre a efetividade das IP's. Dessa forma, ambas as agendas acabam desembocando numa reflexão sobre qual seria o momento mais fortemente deliberativo das IP's (Avritzer, 2011).

Contudo, aqui não estamos descartando ou objetando as construções teóricas e as relevantes contribuições para o debate que as análises assentadas nas perspectivas apontadas acima trouxeram para o campo de estudos sobre as IP's. Trata-se de problematizar aquilo trazem os próprios dados empíricos dos estudos que revelam os momentos deliberativos ou qual o desenho institucional mais exitoso para uma deliberação democrática. Ou seja, se não estariam escapando desses estudos a própria interpelação sobre as concepções acerca de democracia e participação que orientam os atores envolvidos nesse processo, uma vez que mesmo sob a perspectiva do enfoque deliberativo tais análises apontam que a democratização do poder, por fatores diversos, não ocorre.

Para Lavallo (2011), definir os efeitos da participação é tarefa metodologicamente complexa e desafiadora. Isso porque, segundo o autor, trata-se de um conceito multidimensional e polissêmico. O autor ressalta três dimensões para o conceito: (a) categoria da prática política de atores sociais, (b) categoria teórica da teoria democrática e (c) procedimento institucionalizado. O que nos leva a alisar a participação ora como valor em si, ora como uma causa de efeitos desejáveis.

Em sua análise sobre o desenvolvimento da teoria democrática no país, o autor ressalta que a participação não se constituiu como uma categoria analítica predominante. Está inserida no debate como uma categoria prática, ou seja, confere sentido à ação coletiva de atores sociais (Lavallo, 2011).

Essa dimensão da participação enquanto categoria prática é influência do contexto pró-democratização, surgido a partir da contestação da ditadura civil-militar, que conformou o ideário participativo e fundamentou a criação e institucionalização dos conselhos. Todavia, o ideário participativo não foi constituído como um princípio de restauração democrática, mas de emancipação popular. A aposta se dava na agência das camadas populares e sua busca por justiça social, acesso a direitos, bens e serviços públicos. O qualitativo conformado era o da “participação popular” e inscreveu os atores pró-democracia na insígnia “sociedade civil”, enquanto os atores pró-regime em “Estado” (Lavallo, 2011).

No período da transição, sob influência da matriz discursiva dos direitos humanos, o qualitativo foi alterado para “participação cidadã”. Nesse contexto, a participação assume o papel de uma idéia-força normativa e é, justamente por esse caráter normativo assumido, que a avaliação dos seus efeitos, a partir de sua dimensão enquanto categoria teórica permanece como lacuna e em descompasso com a envergadura que as inovações participativas atingiriam ou produziram (Lavallo, 2011, p. 37 – 38).

No caso da reforma do sistema de saúde, como vimos nas seções anteriores, o Movimento Sanitário Brasileiro optou pela via institucional como a principal arena de disputas para a construção e consolidação do projeto da Reforma Sanitária e implantação do SUS.

Também foi possível constatar que tal opção gerou e gera tensionamentos internos e externos ao Movimento. As análises e autocríticas produzidas pelos atores que participaram ativamente deste processo evidenciam que a via institucional configurou-se como a “via possível” naquele contexto, tanto em virtude da leitura da realidade produzida pelos atores, como forma de manter a coesão dos diversos atores e seus grupos políticos em torno do projeto da reforma.

Todavia, tal opção repercutiu na consolidação de um projeto sem uma base social de apoio mais ampla. Seja pelo “*dilema do reformismo*” ou pelo “*fantasma da classe ausente*”, seja pela densa institucionalização e o complexo arcabouço normativo-legal que caracteriza o SUS.

Dessa forma, buscando compreender em que medida os Conselhos de Saúde têm se constituídos como espaços da política, nossa investigação constitui-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, caracterizada como um estudo de caso. Teve como objetivo principal: identificar e analisar as interações de conselheiros de saúde com usuários do SUS, lideranças populares, associações, entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde e demais lideranças e instâncias políticas.

Nossos objetivos específicos foram:

- ❖ Identificar e analisar as ligações político-institucional e político-sociais do conselho de saúde e seus conselheiros;
- ❖ Investigar e analisar a compreensão dos conselheiros acerca do papel do conselho municipal e a sua proposta de cogestão da política de saúde;
- ❖ Analisar a compreensão dos conselheiros de saúde e o sentido atribuído ao controle social;
- ❖ Analisar os processos de subjetivação política subjacentes aos processos participativos e de cogestão do SUS.

5.1. Produção dos dados

A presente tese está inserida no contexto da pesquisa *“Discursos e práticas de políticas de Conselheiros e Vereadores no contexto da Política de Saúde”*¹¹, sendo um de seus desdobramentos. Dessa forma, nossos dados são oriundos das entrevistas realizadas no contexto desta investigação.

Tais entrevistas foram do tipo semiestruturadas, guiadas por um roteiro temático que abordou: (i) Trajetória de inserção e participação no Conselho de Saúde; (ii) Papel do Conselho na política de saúde; (iii) atribuições do conselheiro; (iv) relação com os usuários, gestores e profissionais de saúde; (v) relação com as entidades representadas no conselho; (vi) relação do Conselho com Executivo e Legislativo local; (vii) relações do Conselho com outras instâncias e atores locais.

¹¹ Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob CAAE nº 03779112.0.1001.5149.

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, consistindo em um estudo de caso, no qual a amostra, inicialmente, foi constituída por 12 municípios do estado de Minas Gerais: 4 na região Norte; 4 na Zona da Mata e 4 na região Central do estado. Os critérios de seleção desses municípios levaram em consideração a faixa populacional, o IDH e a composição da rede de serviços de saúde.

Em três dos municípios selecionados não foi possível entrevistar os conselheiros, pois após a apresentação dos objetivos e proposta da pesquisa os conselheiros não responderam aos contatos para agendamento das entrevistas ou, num caso específico, em que mesmo apresentado o parecer de aprovação da pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa, a mesa diretora do Conselho solicitou que o projeto fosse reapresentado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, para que só então a proposta de investigação pudesse ser apresentada ao pleno do Conselho Municipal.

Assim, ao todo foram realizadas entrevistas com conselheiros de saúde, representantes dos usuários do SUS, em nove municípios de Minas Gerais: Verdelândia, Pirapora, Montes Claros, Desterro de Entre Rios, São João Del Rei, Astolfo Dutra, Juiz de Fora, Santos Dumont e Viçosa.

Nosso estudo não buscou fazer uma análise comparativa dos Conselhos Municipais de Saúde, assim como não se debruçará sobre as especificidades da participação e do controle social em cada um dos municípios estudados.

Entendemos, todavia, que a aproximação das diferentes realidades e contextos em que estão inseridos estes conselhos e seus conselheiros nos permite acessar e construir um quadro mais amplo sobre a compreensão do papel dos Conselhos e seu lugar na gestão da política de saúde.

Com os critérios adotados para a construção da amostra, pudemos acessar desde um município com apenas 7.002 habitantes, como Desterro de Entre Rios, até a realidade de Juiz de Fora, município com 516.247 habitantes¹². Ou seja, um contexto social diverso, com a presença (ou ausência) de movimentos sociais e entidades da sociedade civil, bem como uma rede de saúde composta desde serviços e equipes de atenção primária apenas, até uma densa e complexa rede de saúde de média e alta

¹² Os dados populacionais são do último CENSO realizado pelo IBGE, no ano de 2010.

complexidade, o que demanda, a princípio, um variado repertório de atuação e mobilização dos Conselhos e seus conselheiros.

Nesse sentido, nossas preocupações se associam às de Pereira Neto (2012) que indicou a necessidade de se conhecer o papel e as funções, que atribuem-se os conselheiros e os valores e cultura política que regem a atuação desses representantes de usuários, assim como as de Vázquez (2003) que aponta a escassez de estudos que avaliem conceitos e atitudes de conselheiros e atores sociais sobre a participação da população na gestão de serviços de saúde.

5.2. Sobre os sujeitos de pesquisa

Após a apresentação dos objetivos e propostas da pesquisa nas reuniões dos conselhos, foram convidados a participar os conselheiros representantes dos usuários. Ao todo foram entrevistados 26 conselheiros. Deste total, 19 dos conselheiros eram homens, o que representou 73,08% dos entrevistados e apenas 7 eram mulheres, o que representa 26,92% dos entrevistados. As entrevistas ocorreram em locais públicos tais como Universidades, sede de associações e entidades da sociedade civil, sede do Conselho Municipal de Saúde ou na residência dos entrevistados. A escolha do local ficou a critério dos entrevistados.

Além das dificuldades já apresentadas na construção da amostra, destacamos outros elementos que dificultaram a realização das entrevistas e participação de um número maior de atores. Alguns conselheiros simplesmente não retornaram os contatos feitos pelos pesquisadores (foram realizadas duas tentativas: através de e-mail e/ou contato telefônico), o período eleitoral fez com que alguns conselheiros se afastassem de suas atividades do Conselho e se recusassem a conceder entrevistas e outros conselheiros não compareceram no dia e horário combinados.

No quadro abaixo (Tabela 01) apresentamos uma breve caracterização dos entrevistados. Ressaltamos que, de um modo geral, a experiência de participação política e inserção desses atores nos Conselhos Municipais de Saúde está vinculada ao engajamento em associações comunitárias, sindicatos e partidos políticos. A grande maioria dos entrevistados é composta por homens (73,08%), sendo que do total de entrevistados, apenas 02 estão no seu primeiro mandato como conselheiro, o restante já atua como conselheiro há mais de cinco anos. Do número total de sujeitos

que participaram da pesquisa, apenas três têm menos de 40 anos, o restante tem faixa etária acima dos 50 anos.

Tabela 1 – Caracterização dos conselheiros entrevistados

Entrevistado	Faixa etária	Gênero	Município	Tempo como conselheiro
Conselheira 1	50 – 60 anos	Mulher	Verdelândia	08 anos
Conselheiro 2	40 – 50 anos	Homem	Verdelândia	09 anos
Conselheiro 3	50 – 60 anos	Homem	Pirapora	07 anos
Conselheiro 4	50 – 60 anos	Homem	Pirapora	20 anos
Conselheira 5	60 – 70 anos	Mulher	Montes Claros	08 anos
Conselheiro 6	40 – 50 anos	Homem	Montes Claros	06 anos
Conselheiro 7	40 – 50 anos	Homem	Montes Claros	05 anos
Conselheiro 8	50 – 60 anos	Homem	Montes Claros	20 anos
Conselheiro 9	50 – 60 anos	Homem	Montes Claros	15 anos
Conselheiro 10	30 – 40 anos	Homem	Montes Claros	10 anos
Conselheira 11	40 – 50 anos	Mulher	Montes Claros	07 anos
Conselheira 12	50 – 60 anos	Mulher	Montes Claros	08 anos
Conselheiro 13	30 – 40 anos	Homem	Desterro de Entre Rios	01 ano
Conselheira 14	40 – 50 anos	Mulher	Desterro de Entre Rios	08 anos
Conselheiro 15	70 – 80 anos	Homem	São João Del Rei	12 anos
Conselheiro 16	50 – 60 anos	Homem	São João Del Rei	10 anos
Conselheiro 17	60 – 70 anos	Homem	São João Del Rei	10 anos
Conselheiro 18	50 – 60 anos	Homem	São João Del Rei	8 anos
Conselheiro 19	20 – 30 anos	Homem	São João Del Rei	1 ano e 6 meses
Conselheiro 20	50 – 60 anos	Homem	São João Del Rei	07 anos
Conselheira 21	60 – 70 anos	Mulher	Astolfo Dutra	05 anos
Conselheiro 22	50 – 60 anos	Homem	Juiz de Fora	15 anos

Conselheiro 23	50 – 60 anos	Homem	Juiz de Fora	15 anos
Conselheiro 24	50 – 60 anos	Homem	Santos Dumont	10 anos
Conselheiro 25	50 – 60 anos	Homem	Viçosa	12 anos
Conselheira 26	50 – 60 anos	Mulher	Viçosa	20 anos

Fonte: Elaborada pelo autor

5.3. Procedimentos de análise

Para análise do material das entrevistas e tendo em vista nosso objeto de estudo, qual seja, analisar as interações de conselheiros de saúde com usuários do SUS, lideranças populares, associações, entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde e demais lideranças e instâncias políticas, elegemos entre as abordagens da análise de conteúdo, a análise temática (Jovchelovitch & Bauer, 2002). Assim, a partir do material transcrito das entrevistas, processamos as codificações e categorização das unidades temáticas. Como ferramenta de suporte para a análise dos dados, utilizamos o software Atlas.ti (versão 7.1).

Os resultados que serão apresentados e discutidos neste estudo foram sintetizados a partir de duas categorias centrais produzidas por meio da análise: 1) Participação e saúde; 2) Ser conselheiro.

5.4. Sobre as limitações do estudo

Nosso estudo abrange nove conselhos de saúde, em municípios de pequeno, médio e grande porte. Contudo, está inserido no contexto de uma pesquisa anterior, em que para a otimização da coleta de dados, foi privilegiado o uso das entrevistas como fonte de dados. Observações das reuniões dos Conselhos foram realizadas com foco na aproximação de pesquisadores e conselheiros, bem como para apresentação da proposta de pesquisa. Em alguns contextos essas aproximações não foram necessárias, pois a rede de pesquisadores participantes já era conhecida e estava inserida no cotidiano dos Conselhos Municipais de Saúde¹³.

¹³ De 2003 a 2007, através da pesquisa: Estudo para avaliar o impacto das Conferências Municipais de Saúde no Estado de Minas Gerais, o Núcleo de Educação e Saúde (NESCON) e o Núcleo de Psicologia Política (NPP) da UFMG desenvolveram investigações em grande parte dos municípios que foram abrangidos na pesquisa atual. Paiva (2014) e Silveira (2014) consistiram em investigações no contexto da pesquisa em que se insere nosso estudo e foram realizadas em grande parte dos municípios aqui abrangidos.

Ainda que com o uso de uma única fonte de dados, entendemos que a qualidade do material produzido nas entrevistas nos possibilitou aprofundar na compreensão do significado atribuído aos Conselhos Municipais de Saúde e ao controle social pelos conselheiros de saúde, assim como compreender quais conceitos, sentidos e as ligações político-sociais e político-institucionais esses atores carregam e constroem sobre e na gestão da política de saúde.

6. Participação e saúde: o caso dos conselhos de saúde

Os dados e resultados de nossa investigação serão apresentados a partir das categorias construídas ao longo de nossas análises. Essas categorias e subcategorias organizam os dados de modo a possibilitar e ampliar a compreensão sobre como os conselhos são percebidos e atribuídos de sentido e significados pelos próprios conselheiros, como esses sujeitos se percebem a partir de suas experiências nesta instância e interpretam o conselho de saúde e sua proposta de democratização da saúde.

A apresentação dos fragmentos dos dados será acompanhada de sua discussão. O quadro 01 sistematiza a relação das categorias e subcategorias construídas e discutidas a seguir.

Quadro 01: categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Participação e Saúde	Democracia disfarçada
	Relação com outras instâncias
	Espaço de aprendizagem e formação dos conselheiros
Ser conselheiro	Papel do conselheiro
	Representação Política
	Efetividade

6.1 Participação e Saúde

Com essa categoria e suas respectivas subcategorias, buscamos discutir como os conselheiros de saúde veem e interpretam o modelo de gestão participativa da política de saúde inscrito no SUS através dos Conselhos de Saúde. De que modo entendem a proposta de democracia participativa e controle social estabelecida para a política de saúde, como constroem e interpretam as relações dos conselhos de saúde com outras instâncias, como interpretam o conselho de saúde e seu papel, assim como avaliam e interpretam suas ações.

Os Conselhos de Saúde não são uma experiência ou inovação institucional. Existem desde a implantação do Sistema Único de Saúde, ou seja, há mais de vinte e cinco anos. Alguns, inclusive, já existiam antes mesmo da constituição do SUS. Atualmente, as diretrizes para seu funcionamento e organização estão regulamentadas pela resolução nº 453, de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Alguns foram criados a partir de experiências gestadas pelo Movimento Sanitário, outros tantos surgiram a partir de uma política de indução do Ministério da Saúde que, em meados dos anos de 1990, através das Normas Operacionais Básicas, induziu sua implantação atrelando o repasse de verbas aos municípios à sua existência.

São a expressão institucional do discurso de descentralização e aberturas de canais de interação entre Estado e sociedade na gestão das políticas sociais que caracterizou o processo de democratização da década de 1980.

Representam e reproduzem as complexidades e contradições do nosso regime democrático. São compostos por conselheiros com diferentes e variados perfis, estão instituídos em contextos diversos, com realidades locais distintas: rede de serviços de saúde variada, gestores locais com visões e posturas diferentes sobre a gestão participativa, entre outros são algumas das variáveis. Em grande parte, essa é a realidade encontrada nos municípios que fizeram parte de nosso estudo e relatada pelos conselheiros entrevistados.

A diversidade do comprometimento dos gestores locais com a gestão participativa é expressa por uma das conselheiras entrevistadas. Ao longo de sua trajetória como conselheira, ela vivenciou duas formas distintas de gestão que impactam diretamente a maneira como o Conselho atua:

(...) tinha a outra secretária era diferente, a gente não tinha aquelas reuniões, era só o nome, colocava o nome de todo mundo representando igreja católica, igreja evangélica, entre outras coisas, mas não havia reunião, a gente só assinava a ata, eles mandavam a ata pra gente assinar, as vezes entregava até na estrada “ah vem aqui assinar essa ata e tal” e eu sentava a caneta lá sem saber nem o que estava fazendo né. Mas aí depois que tiraram essa secretária e que entrou esse aí, aí teve capacitação e até ganhei certificado, eu

participei de duas capacitações, participei de uma aqui e de outra em Janaúba (Conselheira 01).

Essa diferença de postura de gestores ante o Conselho de Saúde deve-se tanto à características da cultura política brasileira, tradicionalmente clientelista e patrimonialista, mas também à própria dificuldade dos representantes do executivo local em atuar numa instância em que a cobrança e prestação de contas pode ser feita diretamente pela população: “eu até penso e acredito, sabe, que os secretários têm medo do conselho” (Conselheira 12).

Por outro lado, o contexto de mobilização e implantação desses Conselhos também refletiu um processo meramente burocrático para o cumprimento de exigências legais, sem se caracterizar por uma mobilização social ou engajamento do Estado:

Mas houve uma mobilização, né, porque as exigências legais, exigia, né, que fosse formado o conselho. **Eu entendo que a coisa foi mais, é, pra atender as exigências mesmo, entendeu? Não foi assim, pra fazer uma discussão aprofundada sobre os problemas da saúde, foi mais é pra cumprir mesmo exigência legal, né.** E, com o caminhar dos anos, né, vários conselheiros foram se envolvendo e tal, embora, é uma minoria, né, mas teve conselheiro que, realmente, se envolveu com essa questão. E ainda estão até hoje, né. (Conselheiro 17)

Associada ao contexto em que os Conselhos foram sendo implantados mais como ritos burocráticos para garantir o recebimento de recursos e cumprir as exigências legais do novo Sistema de Saúde que estava sendo implantado, está a complexidade da política pública presente no cotidiano dos Conselhos. Na maioria dos casos tem se refletido numa burocratização da rotina de funcionamento dos Conselhos, em que o tempo da gestão e do poder executivo é diferente do tempo dos conselheiros, o que acaba contribuindo para o esvaziamento dos Conselhos:

a política de saúde é bem complexa, há necessidade da pessoa tá sempre se informando, são várias portarias, e eu vejo que, como é um trabalho voluntário, né, há falta de interesse da comunidade em tá participando. Então, têm conselheiros que não é preparado, tá lá, simplesmente, emprestando o nome, né. Mas não tem uma atuação eficiente por desconhecer, por falta de interesse mesmo em ficar por dentro das portarias, das questões todas (Conselheiro 17).

Então, agora o seguinte tá beleza, como é que eu voto isso? Como é que eu faço isso? Tá bom. Chega lá no conselho, você, por exemplo, chegou lá no conselho e falou assim ó **“esse projeto aqui é para amanhã, eu preciso desse projeto.”** A própria lei diz que a ata é aprovada na reunião subsequente, porque esse projeto tem que ser aprovado agora? Ele vai encaminhado como? **“ah não, mais já está liberado” “não senhor, a ata não foi aprovada”** você não tem que mandar uma ata? Pegando por base. Não, aí aprovam, eles mandam (Conselheiro 04).

eu já tenho um... não tem um ano não, um...já tem quase um ano que eu não tô participando sabe? Do conselho né. **Mas é aquilo mesmo que você já conhece do conselho né, que sempre a gente fala que quer, que precisa disso né,** que as vezes a gente chega lá e tá um com a **“ó hoje aqui a gente vai ter a...a”** as vezes a gente nem, nem às vezes tem algo, que a gente recebe a pauta né daquela reunião...é não tem uma conversa prévia né, pra gente poder tá discutindo né, sobre aquilo ali e eu acho que é muito...às vezes tem muita reunião, e fica muito cansativo e às vezes...**às vezes assim, eles leva isso aqui pra gente aprovar lá né, assim, na reunião, já manda e as vezes você não tem como na reunião você olhar tudo isso aqui pra poder aprovar né** (Conselheira 05).

A este cenário, permeado por uma rotina burocrática, de atravessamentos pela gestão, a interlocução com os movimentos sociais e entidades da sociedade civil também encontra suas dificuldades no cotidiano dos Conselhos e seus conselheiros:

Na realidade, o que dificulta não é só na questão do conselho, hoje os movimentos sociais como um todo estão muito desgastados né e falta aquela militância de opção porque **a metade dos conselheiros hoje ou é aposentado que ele tem tempo pra poder...ou ele é sindicalista né.** Então muitas vezes, e outra coisa a idade média dos conselheiros são bem já chegando já nos cinquenta. Ou seja, **está faltando militantes novos, juventude né. Mas por que não participa? Porque falta tempo também pra eles porque a reunião do conselho é sempre em horário comercial, a reunião das comissões também é em horário comercial** (Conselheiro 8).

A avaliação do conselheiro reflete bem a realidade que encontramos nos nove conselhos municipais que compuseram nosso estudo. A maior parte dos conselheiros tem acima de 50 anos, é oriunda basicamente de movimentos comunitários como associações de bairro ou sindicatos.

Os sindicatos e movimentos comunitários, conformaram a base de entidades e associações que ao longo dos anos de 1990 e início dos anos 2000 compuseram os conselhos gestores de políticas. Avritzer (2018) aponta ao longo desses anos uma

dupla transformação: primeiro um certo declínio dessas entidades, principalmente, dos movimentos comunitários e associações de bairro, como também uma mobilização em torno de outras temáticas e instâncias para além desses conselhos gestores, tais como: infraestrutura e mobilidade urbana, direitos humanos, políticas para mulheres, o que contribui para esvaziamento e dificuldades de mobilização e renovação dos conselheiros.

Por outro lado, em municípios pequenos a rotina dos conselhos se resume a uma reunião mensal, mas em municípios maiores, os conselhos se organizam numa estrutura mais complexa, que conta com outras comissões temáticas internas, por exemplo, o que exige uma dedicação quase exclusiva aos conselhos.

Assim, o que observamos, em linhas gerais é um contexto de uma política permeada por adesões a programas e projetos que precisam ser aprovados “pra ontem” para garantia de recursos aos municípios, em que conselheiros entraram por razões diversas e dependem da postura do poder executivo para conseguirem desempenhar suas atribuições:

Porque tem que, se o Ministério da Saúde manda uma determinação, então eles ficam maquiando as coisas (...) aí o município fica maquiando as coisas, entendeu? Eles vão fazendo as coisas, vão apresentando os relatórios deles (...) mas pra ser contemplado pelo Ministério da Saúde, ou pelo Governo Federal e Estadual, aí eles ficam maquiando as coisas (...) eu acho que é isso, é o compromisso que as pessoas não tem, quem entrou no conselho por entrar, e tem os outros que fazem, que tiram o conselho pra aquelas questões lá que não tem nada a ver com o conselho, que não somam nada, que ficam travando o processo. Leva uns assuntos que não vai somar nada, só atrapalha, entendeu? É falar de coisa pessoal, é falar do outro, do conselheiro que fez isso, é que. Então, é umas coisas que não leva, eu acho que assim, uma falta de comprometimento mesmo. Eu acho que teria que ser diferente essa composição do conselho. (...) Tem uma, um certo número de pessoas que já entende qual que é a função do conselho, então a gente tenta agir da melhor maneira possível. Igual nesses casos, a gente intercede. A gente interfere, a gente cobra da secretaria. Agora, tem uns outros conselheiros que eles são muito omissos, entendeu? Que eles não se preocupam com as coisas, que que tá acontecendo, eles acham que têm que denunciar, ir no Ministério Público, eu acho que não é por aí. Que tem outros caminhos, eu acho que falta é esse diálogo. Eu acho que se o, se a secretaria, se ela abrisse esse leque pra tá conversando com a gente, as coisas funcionariam muito melhor, mas eles não escutam. Há um entrave, entendeu? (Conselheiro 20)

Dessa forma, os Conselhos vivenciam uma certa contradição: são ressaltados como importantes instâncias, necessárias ao regime democrático, mas que ante a falta de renovação de seus quadros, da postura assumida pelos representantes do poder executivo e das características da política pública, o controle social, entendido como controle público das ações do executivo, acaba se tornando o principal foco de atuação dos conselheiros

Você sabia que tinha um prefeito na cidade antigamente. Sabia que tinha um prefeito. Mas, que mais que você sabia? Nada, você via uma obra alguma coisa sendo inaugurada você sabia que aquilo ali tava, fora disso cê não sabia nada. Que o povo né, era completamente excluído. Agora não, agora o povo participa mais. Mas ainda participa pouco, acho que podia participar mais ainda. Acho que tinha que ser mais corajoso. Enfrentar mais, eu acho que assim. O povo tem medo, principalmente em lugar pequeno, tem muita gente que fala assim “ah eu não vou fazer isso não, que amanhã eu vou precisar disso, posso precisar da prefeitura, eu posso precisar daquele vereador, posso precisar do hospital, posso precisar da vida aqui” (Conselheira 21)

O receio da população em participar e cobrar mais os gestores e políticos locais, manifestado pela conselheira, não é infundado, ainda convivemos com práticas clientelistas e patrimonialistas em nosso cotidiano:

o executivo, por exemplo, tirou algumas ações que é da saúde, e passou pra secretaria de bem-estar social. E o secretário não questionou, né, simplesmente aceitou.

P: quais ações que foram?

C: por exemplo, dentadura, exame, marcação de exame, inclusive, essa lei passou na Câmara, nós fomos lá, falamos que era inconstitucional, mesmo assim, a Câmara Municipal aprovou. Que eu não tenho aqui a integra da lei, mas muitas ações da saúde foi pra assistência social, pra fazer política.

P: hum-hum

C: pra fazer política

P: isso passou? O Conselho se manifestou e a Câmara não

C: a Câmara aprovou assim mesmo. Porque o, o prefeito tinha maioria, né, tinha o controle total da Câmara. Por exemplo, vou citar um exemplo, é o “Ônibus do Povão”, que vai levar pessoas pra fazer consultas lá em Belo Horizonte, muitas pessoas vão é passear em Belo Horizonte, entendeu? A desculpa do “Ônibus do Povão” é,

justamente, para as pessoas terem acesso à saúde em Belo Horizonte. Eu já acho, que a gente tem que melhorar é a saúde aqui, você entendeu? Pra que ele seja atendido aqui, não há necessidade desse “Ônibus do Povão” ir levando pessoas, inclusive sacoleiros, né, que eu já vi, eles param o ônibus aqui perto, né. Sacoleiros que vão lá em Belo Horizonte buscar mercadoria pra vender, outros vão a Belo Horizonte passear. Quer dizer, é uma coisa que tá errado, acho que a gente tem que investir na saúde local. E tem outras formas também de você levar paciente, né, que precisa de um tratamento diferenciado, levar na ambulância, outros carros, né, da secretaria de saúde. Agora não, criou o Ônibus do Povão e, eu acho que a única cidade de Minas Gerais que tem isso, é aqui em São João Del Rei¹⁴ (Conselheiro 17).

Esse contexto só reforça a centralidade da fiscalização e do controle das ações como prática principal dos conselheiros, uma vez que sem possibilidades de uma gestão compartilhada e compartilhamento das decisões, numa instância esvaziada da política, as ações dos conselheiros se traduzem em rotinas e processos que só aqueles que podem se dedicar exclusivamente ao Conselho conseguem participar/executar

Então, nós precisávamos de uma agenda, nós apresentamos uma sugestão de agenda, né, de tudo que o conselho tem que fazer, né. São João Del Rei tem 40 unidades, seja públicas ou conveniadas, e tudo isso aí tem que acompanhamento dos conselhos, dos conselheiros, né. O que não vinha acontecendo, apenas eu, o A. e o B., que a gente sai a campo fiscalizando (...) os que atuam normalmente, são os usuários, **os dos usuários nem todos, por uma série de questões, falta de tempo, disponibilidade, então eles não atuam. Eu, B. e A., nós, a gente se esforça pra conseguir. Eu e B somos aposentados, embora eu tenha outras atividades, mas a gente sempre consegue uma maneira de poder exercer essa atividade que é importante** (Conselheiro 15).

nós começamos a intensificar mais esse trabalho. Bom, **se nós conseguimos ali apurar uma irregularidade, nós vamos começar**

¹⁴<https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/prefeitura-de-sao-joao-del-rei-oferece-viagens-gratuitas-para-consultas-e-exames-medicos-em-juiz-de-fora.ghtml>
http://www.saojoaodelrei.mg.gov.br/noticia/12948#inicio_noticia

Noticiado pela própria prefeitura de São João del Rei, a iniciativa do chamado “Ônibus do Povão”, que leva pacientes e a população em geral, não só para Belo Horizonte, mas para Juiz de Fora também, evidencia discursos e práticas clientelistas no âmbito das ações de saúde e a caracterização do direito à saúde como uma ação assistencialista, voltadas aos mais “carentes”, ao passo que o SUS já regulamenta o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) há pelo menos 20 anos, através da portaria do Ministério da Saúde nº 55 de 24/02/1999.

a traçar uma trajetória. Nós vamos registrar no livro, ou na reunião do conselho, né, pedimos que conste em ata. Dali, é encaminhada ao Sr. Secretário, aos auditores, e se possível, até os procuradores do município. Caso a gente não obtenha uma resposta favorável, aí nós já pulamos a hierarquia, já vamos subindo a hierarquia, aí nós já mandamos ao ministério público estadual, às vezes ao ministério público federal, ao secretário do estado, e às vezes, até o Ministério da Saúde, em Brasília. Para que a gente possa ter uma resposta favorável. **Porque o que nós fazemos, é a fiscalização. E nós colocamos, às vezes, até sugestão para que possa ser feita alguma melhora.** Caso isso não aconteça, então a gente tem que tomar outras atitudes. E às vezes, igual eu to te falando, até acionar o ministério público federal, estadual. Porque, hoje, nós temos aí um recurso, né que ele é tripartite, que é o municipal, estadual e federal. Então, cabe a esfera de um MP estadual, de MP federal, às vezes, tomar conhecimento e providência (Conselheiro 16).

O quadro geral em que se desenvolve a experiência de gestão participativa na política de saúde é bem resumido pelo conselheiro abaixo. Com alguns avanços, a maioria deles relacionados às condições de infraestrutura material para funcionamento dos conselhos, o que não aconteceu sem mobilizações, reivindicações e até ações do Ministério da Saúde que ao longo dos anos distribuiu computadores e acesso à internet aos Conselhos

O que mudou muito foi o lugar de reunião, o resto tá tudo igual, não tem modificação nenhuma. Os conselheiros são bons, tem gente boa, gente de várias entidades representativas, embora quando você reúne a sociedade civil tá sempre presente e a parte de governo tá sempre ausente (Conselheiro 25).

6.1.1 Democracia disfarçada

Nesse contexto em que pouca coisa mudou, “tá tudo igual, não tem modificação nenhuma”, e que “quando você reúne a sociedade civil tá sempre presente, a parte de governo tá sempre ausente”, os conselheiros vão identificando o jogo de cena, um cenário de “democracia disfarçada” como nomeia o Conselheiro 15, em que a presença de trabalhadores, gestores e usuários do sistema de saúde discutindo os problemas e demandas de saúde da população configura-se apenas um simulacro

e aqueles que, às vezes, conhecem um pouquinho mais, se omite porquê? Às vezes não pode ficar falando muita coisa, porque senão amanhã sofre represália. Principalmente, se for trabalhador (...) eles ficam com receio. **“ah, eu trabalho lá e tal, tem coisas que a gente tem que, não pode ficar falando, que senão eles tão me transferindo”, se for contratado, manda embora. É, infelizmente, é assim que funciona. Quer dizer, nós tamo numa democracia, mas uma democracia disfarçada.** (Conselheiro 15).

O ideário da democracia participativa ou da democracia deliberativa que influenciou e norteou tanto a criação dos Conselhos como a maioria de suas análises, parte do pressuposto de que o processo argumentativo em arenas públicas, com a justificação mútua de interesses garantiria maior democratização das decisões, partilha do poder decisório e a construção de políticas públicas mais responsivas ao público por elas afetado. O Conselheiro 22 problematiza esse ideário, trazendo sua experiência sobre como, de fato, percebe o desenvolvimento de ações do poder público:

Bom, veja bem, quando a gente fala em política pública a gente pensa numa coisa discutida no seio da sociedade. Você constrói através da coletiva participação do povo. E normalmente e sem exceção, sem exceção eles não prestam atenção na construção da política pública no interesse coletivo (Conselheiro 22).

Mas como aponta o Conselheiro 23, as ações do poder executivo passam por outra lógica:

vamos dizer assim, eu sou o secretário de saúde, mas eu não tenho nenhum vínculo político lá dentro da sua comunidade, eu não tenho ninguém, então eu não vou esquentar a cabeça muito não, **eu vou tentar te empurrar com a barriga, aquela coisa toda, então se você me apertar demais eu vou lá e faço uma coisa pra poder cê acalmar** e aí, sabe como é que é, passam-se quatro anos (Conselheiro 23).

Nesse sentido, o Conselho pode “funcionar ou capengar” a depender da forma como o poder executivo entende:

Nós percebemos que ao longo desses dez anos que dependendo da administração, dependendo do secretário, o conselho funciona ou capenga. Então nesses dez anos o que eu pude perceber é quando o gestor municipal, no caso representado pelo secretário, ele tem uma política aberta onde ele quer discutir com o conselho ele ganha muito mais. Quando ele é uma política retórica como médico, quase todos os secretários de saúde exceto em uma administração passa que foi dentista, o resto foram todos médicos, que quando esse profissional não tem uma vivência social o conselho emperra e as decisões da saúde também emperram (Conselheiro 10).

Pela legislação os Conselhos de Saúde deveriam com dotação orçamentária própria e garantia de infraestrutura técnica e material para o seu funcionamento, mas a perspectiva de cogestão que, em tese orienta a participação na política de saúde, não é a que orienta os gestores locais e, por isso, na maioria das vezes os Conselhos de Saúde “capengam” como apontado pelo Conselheiro 10

Mais você habilitar um conselho para...é a mesma coisa de você pegar a raposa e colocar pra tomar conta do galinheiro, é a mesma coisinha. Quando um conselho é atuante, quando um conselho ele é participativo, quando ele tem as suas opiniões, ele cobra mesmo. Ninguém quer não, ninguém quer não, você entendeu? Então, o conselho ele tem muita força mais se os conselheiros tiverem habilidade, se não tiver...e aí ninguém vai querer preparar um conselheiro pra poder...qual é o secretário que vai querer um conselheiro no conselho aí totalmente provido de conhecimento? Para estar pegando no pé dele ali, para estar cobrando, para estar enchendo o saco dele? Jamais (Conselheiro 02).

Além da precariedade de condições, uma outra estratégia adotada por gestores para conseguirem manter seus posicionamentos sem serem interpelados ou alterarem a ordem da distribuição, aplicação de recursos, conforme seus interesses, é, simplesmente, esvaziando as reuniões dos Conselhos: “quando é assim, é esses assuntos polêmicos, a secretaria, ela faz tudo pra não ter quórum. Eles não mandam os representantes deles, aí trava” (Conselheiro 20).

Se alguns gestores buscam enfraquecer os Conselhos através da desidratação promovida pela escassez de recursos e condições para o funcionamento do Conselho

ou do seu esvaziamento, outros tentam ações mais incisivas de submissão do CMS aos interesses do poder executivo:

Tivemos nesses quatro últimos anos do governo anterior foi uma perspectiva do gestor público, foi de acabar com o conselho. Tanto que ele mandou uma emenda para câmara que o conselho tornaria submisso ao poder público, no caso aí o prefeito. Bobagem dele porque é inconstitucional que uma lei municipal querer ser mais importante que uma lei federal que é a criação da 8080. Então assim, como militante da saúde eu acredito que o poder público, gestor público (...) ele não valoriza o controle social, falam muito, mas pouca é a formação e pouco é o respeito por aqueles conselheiros. (...) porque quanto pior o gestor, mais corrupto é o gestor, mais problema tem para o conselho. E quando o gestor ele tem uma visão mais democrática, ele tem a compreensão de que o conselho é um órgão deliberativo construtivo e que ele pode contribuir para a sua gestão na medida em que ele fiscaliza para que você tenha uma boa gestão, tem uma sintonia boa. Mas quando o gestor é corrupto igual nós tivemos no governo passado, os quatro anos do governo M., a função dele é demolir o conselho porque o conselho é inimigo dele na medida em que o conselho fiscaliza (Conselheiro 08).

Mas não só os representantes do poder executivo, contrários à transparência e democratização dos processos decisórios, atuam para barrar ou inviabilizar as ações do Conselho ou seus conselheiros:

eu percebo também de que, principalmente, desses conselheiros mais atuantes, que incomoda, uma manobra pra afastá-los. Ou seja, o presidente do conselho, não sei se o secretário da saúde tá por dentro, né, acredito que deve tá, vai nessas entidades e pede pra substituir esse conselheiro. Porque incomoda, né?! Alegando que, e, de fato, tem muitos conselheiros que não tão, assim, ligados às entidades, de fato, procura essas entidades apenas pra serem indicados, você entendeu? Porque essas entidades não têm uma discussão aprofundada dessa questão do, da importância do conselho. Então, como é trabalho voluntário, ninguém quer. Então, esses conselheiros que, de certa fora, têm algum envolvimento, né, e não estão ligados a entidades, né, procuram, né, essas entidades e tal, associam lá e são indicados. Mas também não há aquela interação entre o indicado e a entidade. E aí, a direção do conselho, talvez a secretaria de saúde, tenta substituir esse pessoal, né?! Pede a entidade pra trocar e tal (Conselheiro 17).

O depoimento do Conselheiro 17 traz uma série de problemas imbricados a partir de uma ação nada democrática por parte do presidente do Conselho, mas que

ao mesmo tempo evidencia as fragilidades na composição do Conselho, na representatividade de determinadas entidades compondo o Conselho e na legitimidade da representação exercida por conselheiros que buscam qualquer entidade para poderem exercer o papel de conselheiro, em parte esses problemas também já foram relatados em outros estudos (Stralen et al, 2006; Rossi, 2013; Pereira Neto 2012).

Por outro lado, a própria configuração da política de saúde contribui para que os Conselhos se configurem muito mais como um espaço que procede ritos de legitimação

o programa vem para as prefeituras, os estados.. ele já sabe lá de cima (...) a realidade de lá não é a daqui. Então a construção dos planos, esse plano plurianual, por exemplo, ele tem que ser construído a partir dos anseios do município, está certo?! Então assim, eu propus para que a gente fizesse a reunião nas comunidades e aí o que precisa principalmente na saúde né. Eu falo direto com as pessoas “gente, prefeito, secretário, eles não sabem da necessidade mais do que as pessoas” eu até brinco “quem tem sua dor é que geme” (Conselheiro 02).

Conforme apontado pelo conselheiro, uma das características da política de saúde é a sua densa institucionalização em que, apesar de grande parte da assistência à saúde ter sido descentralizada para os municípios, o Ministério da Saúde ainda se configura como o seu principal indutor, num cenário em que na maioria das vezes o papel tanto de municípios, como dos seus Conselhos se traduz em aderir a determinado programa ou política pública e cumprir metas e ações pré-estabelecidas conforme critérios populacionais, entre outros, definidos pelas áreas técnicas do poder central: “tem muita coisa que vem de cima pra baixo, você tem que cumprir aquelas metas. Então, não tem como. Agora, o conselho, a gente tem procurado exercer a nossa função no que a gente vê coisa assim a gente procura né debater, influenciar pra ver se melhora, se muda as questões, então a gente tem, vive nesse meio aí” (Conselheiro 26).

Dessa forma, não só os Conselhos, mas também as Conferências de Saúde, instâncias instituídas como mecanismos de formação de vontade popular, e que poderiam possibilitar algum direcionamento pela população da política de saúde a partir da realidade local e de suas demandas acabam esvaziadas ou subaproveitadas

as resoluções da conferência de saúde nem são, nem sempre são aplicadas. A gente passa aí um final de semana discutindo, sai um documento final, né, e dificilmente é implementado o que é feito, é decidido na conferência. Se você pegar as resoluções da conferência, você vai verificar que, realmente, muita coisa não é implementada (...) O conselho cobra, mas fica só na cobrança, é, Ministério Público também, pra você ter uma ideia, o Ministério Público nem participar de conferência não participa. Deveria ter lá o representante do Ministério Público participando das conferências, nem participa. Então, o problema é esse, o conselho, o conselheiro fica descoberto, fica sem uma retaguarda (Conselheiro 17).

Pra você ter uma ideia, na Conferência nossa Municipal, até hoje nós não conseguimos botar a mão no relatório da Conferência. Porque será? Qual o interesse de não tá passando o relatório da conferência municipal para conhecimento, não só dos conselheiros, mas como também, de toda a população? (...) Qual objetivo? (Conselheiro 16).

Os Conselhos de Saúde são reconhecidos como instâncias políticas e inseridos num processo de cogestão da política de saúde quando e se os gestores comungam dos mesmos valores e princípios democráticos que configuram a política de saúde. Na maioria das vezes, influenciados pelas características da política de saúde, os processos participativos se caracterizam por um rito em que nem todos precisam estar presentes:

“muitas vezes acontece assim, a gente faz reunião uma vez no mês, aí quando precisa, dependendo do assunto a gente faz reunião extraordinária, apesar de que o pessoal não é de ir em reunião extraordinária não. Aí o presidente faz o ato *ad referendum*, mas aí qual o processo que a gente adota? Com o grupo que vai, a gente expõe, discute, ouve a opinião deles, o presidente faz o ato *ad referendum* e manda, mas na próxima a gente mostra discute” (Conselheira 26).

Se muitas vezes os desafios estão inscritos no interior da própria instância, nos seus processos e na forma como atuam seus atores, na próxima seção discutiremos as relações dos Conselhos com as outras instâncias que também promovem ou desenvolvem ações que afetam a política de saúde.

6.1.2 Relações com outras instâncias

Os Conselhos de Saúde não são uma instância à parte do Estado, na estrutura administrativa fazem parte do poder executivo. Assim, estão inseridos numa estrutura que interage com atores e instituições no âmbito do próprio executivo, do legislativo, do poder judiciário e dos órgãos que compõem o sistema de justiça. Estão ainda inseridos dentro da própria arquitetura participativa criada com o SUS.

Para alguns conselheiros detêm um poder de influência muito grande, para outros nem tanto. Em grande parte, as alegações desse poder de influência e decisão nos rumos da política de saúde deriva do fato de que para a adesão aos programas, políticas e ações do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais de Saúde, o Conselho precisa dar o seu aval. Essa é a principal justificativa ou motivo pelo qual os conselheiros de saúde destacam a importância e relevância do Conselho para a política de saúde.

O Conselheiro 06, por exemplo, destaca essa questão entendendo que o Conselho de Saúde tem um grande poder de influência na política de saúde, mas falha, exatamente, por não estabelecer ou fortalecer relações com outras instâncias

o conselho tem um poder que ele mesmo não consegue usar, ele mesmo não sabe que tem e quando sabe não consegue usar em função de falha dele mesmo. Falha da gente, por falha dos outros concorrentes que teriam que, por exemplo, você teria que ter uma parceria muito boa pra ser alguma coisa que dá o resultado que o papel propõe que seja dado, você tem que ter uma parceria com o ministério muito forte, uma parceria com a câmara muito forte e esses com a...qualquer um desses órgãos de fiscalização de gestão pública mas como a maioria deles é meio complicado de ..de...nós ainda não aprendemos, tomara que aprenda no futuro (Conselheiro 06)

O Conselheiro 07 é outro que ressalta o papel do Conselho de Saúde pela capacidade que essa instância teria de barrar projetos e propostas que não tenham sido apreciadas ainda por essa instância:

Tem que ter o aval do conselho, tem que ter as metas tudo pelo conselho, tem que passar, o conselho de saúde hoje é um dos órgãos mais responsável, de responsabilidade que tem numa atuação de gestão do prefeito, sem o conselho ele não consegue nada. O conselho pode barrar você entendeu? (Conselheiro 07)

Além do poder executivo, o poder legislativo é outra instância que dialoga ou toma decisões que incidem na política de saúde. Seja na aprovação do orçamento do poder executivo, as (re)alocações de recursos públicos, passando pela abertura de vagas e contratação de profissionais, ou qualquer outra medida que a legislação determine, o poder legislativo, representado pelas Câmaras Municipais, manifesta, delibera e toma decisões que incidem na política de saúde, podendo ser convergente ou aos interesses dos conselheiros e Conselhos de Saúde.

Todavia, como aponta o Conselheiro 10, as Câmaras Municipais e Conselhos de Saúde parecem muito distantes entre si, tendo algumas relações pontuais e a partir de mobilização de alguns de seus atores:

Nesses dez anos que eu me lembro, em nenhum momento houve a participação de vereadores na questão do conselho, ou um diálogo com os conselheiros. Não me lembro de nenhuma oportunidade, só alguns conselheiros que tinham uma proximidade com alguns vereadores, mas não relacionado ao conselho e sim de envolvimento anteriores né, de contatos anteriores é que as vezes mobilizava os vereadores quando era alguma coisa de interesse do conselho. Por exemplo, o aumento do orçamento pra saúde que foi aprovado no ano passado, aí os conselheiros se mobilizaram para poder dar uma pressionada nos vereadores para aprovar essa questão (Conselheira 10)

Com alguma variação na atuação de poucos vereadores, como relatado em Montes Claros e São João Del Rei, esse é o quadro geral apresentado pelos conselheiros entrevistados nos nove municípios que fizeram parte do nosso estudo.

A Conselheira 12, por exemplo, relata que nem com a Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Montes Claros já houve alguma interação, assim como não observou o próprio Conselho buscar alguma interação com o legislativo:

(...) durante todo esse período, que eu fiquei como conselheira, eu não me lembro de...dessa comissão de saúde vir visitar o conselho para saber alguma coisa, oferecer os préstimos

P: E o contrário?

C12: Também não.

P: Não a comissão, o conselho?

C12: Não, também não. Eu não me lembro da gente como conselheiro...não deixa eu ver...da gente como conselheiro ir pra câmara não, não me lembro (Conselheira 12).

Há, todavia, confusões e interpretações equivocadas quanto a essas interações, como é o caso do Conselheiro 02, que já foi vereador e não entende porque não pode acumular essas duas funções, já que para ele tanto o Conselho de Saúde, como a Câmara de Vereadores existem para fiscalizar o poder executivo

(...) quando eu me tornei vereador eu já não podia mais ser conselheiro, eu não sei por que, sabe? Eu não sei por que um vereador ele não pode ser um conselheiro. Principalmente dado a função de vereador, vereador é um fiscal, tá certo?! O vereador é um fiscal e ele está ali para propor. No conselho de saúde é a mesma coisa, nós estamos ali para fiscalizar o que está sendo feito com o recurso da saúde, nós estamos ali para fiscalizar o que está sendo gasto com o dinheiro que vem porque todo dia chega dinheiro da saúde e aí o vereador não pode ser conselheiro, eu não entendi até hoje o porquê. E isso aí está no regimento interno (Conselheiro 02).

O nosso interesse é nas relações que instâncias que operam diferentes formas de representação política, que decidem ou tomam decisões que alteram uma mesma política pública interagem e de que forma a ausência de interações produz impactos nos processos participativos da política de saúde. Assim, o Conselheiro 09 mostra como propostas aprovadas no Conselho, mas que dependem da Câmara Municipal não tem o mesmo resultado quando são apreciadas pelo legislativo

C09: Olha eu já vi. Esses projetos que a gente passa lá pelo conselho, vai pra lá [Câmara Municipal] e eles não aprovam

P: Não aprovam?

C09: Não.

P: O que acontece?

C09: É empecilho mesmo deles lá, chega lá e eles veem que...eles falam que tem dinheiro para manter a saúde daqui e hora que chega lá eles falam que é muito caro e não aprovam. Igual esses PSF's aí mesmo que estavam sendo construídos aí mesmo, tem pessoas que sai de madrugada pra ir para esses postos de saúde aí ao invés de usar o dinheiro em um PSF mais próximo das pessoas, não (Conselheiro 09).

Nesse sentido, alguns conselheiros reforçam a importância e necessidade de que o poder legislativo para tomar alguma decisão que incida na política de saúde deveria verificar o posicionamento do Conselho de Saúde:

É porque eu penso que se a câmara ela...quando ela fosse aprovar qualquer coisa lá, qualquer assunto referente a saúde, a deliberação de saúde se ela fosse aprovar qualquer coisa e ela tivesse essa ...o que o conselho decidiu sobre isso e lesse o negócio, ela seria um

parceiro muito importante. Só que ela não é assim. A câmara delibera coisas lá que o conselho foi contra, entendeu? (Conselheiro 06)

Em grande parte, essa ausência de diálogo e interações ocorre pelo entendimento de que há uma concorrência na representação política:

Porque os vereadores, normalmente, eles têm ciúmes dos conselheiros, sabe? Seja lá de que for, o conselho que for aí, eles têm ciúme. Eles acham que o conselho é um concorrente do vereador. Alguns casos que nós tivemos de... nós até convidamos os vereadores pra participar. A V. foi a única que acompanhou, umas duas ou três vezes, foi a V., sabe?! Numa delas até foi interessante, porque foi lá no PAM, e quando chegou lá, o J., que também é membro da Comissão de Saúde da Câmara, virou pra V. e questionou com ela o fato dela tá acompanhando a gente, né?! Então, é, ela, a gente acha que o vereador é a mesma coisa também. Eles entram, o indivíduo entra pra ser vereador e ele não sabe o que, qual a função que o vereador tem que exercer, uns não tem nem competência pra fazer, exercer a função de vereador, que seria fiscalizar, acompanhar, propor, sugerir, propor leis, né?! Isso aí eles não têm competência pra fazer isso, a maioria deles. (Conselheiro 15).

Por outro lado, o conselheiro aponta que o Conselho também não interpela o poder legislativo quando este toma decisões divergentes

Porque nós vemos a Câmara... tem um prédio do PSF do Bom Pastor, precisa... lá funciona duas equipes no prédio, não tem uma sala pra reuniões, a sala, os compartimentos são apertados, o espaço que poderia ser usado pra ampliação do prédio foi doado pra uma igreja evangélica construir uma sede, a igreja lá. Então, os vereadores fazem isso aí em prejuízo do próprio sistema, né?! **Ninguém foi lá falar pra eles, nem mesmo do Conselho, né, que aquilo lá não podia acontecer** (Conselheiro 15).

Nesse sentido, é possível aventar, ante a indagação de Côrtes (2009) sobre o modo pelo qual os Conselhos participam das decisões nas políticas setoriais em que estão inseridos, que essas instâncias e seus atores não têm sido ouvidos e nem tão pouco têm interpelado atores e instituições que tomam decisões que incidem diretamente na política de saúde. O que por sua vez, frustra a expectativa aventada por Tatagiba e Almeida (2012) de que os Conselhos ajam como um interpelador, um nó no fluxo deliberativo no interior do aparato de gestão do Estado.

Dito de outra forma, os Conselhos de Saúde e seus conselheiros tem atuado orientados pela hegemonia da lógica do consenso, em que não há possibilidades de

irrupção da ordem policial, acabam legitimando e reproduzindo interesses hegemônicos (Marques e Prado, 2018).

Assim chamamos atenção para o fato de que o legislativo ao não reconhecer os Conselhos como um interlocutor para a gestão da política de saúde, pode estar agindo também dando respaldo para as decisões que o poder executivo se recusou a debater com os Conselhos, como aponta o Conselheiro 15, reproduzindo uma espécie de presidencialismo de coalização¹⁵ aplicado ao contexto local

os conselhos normalmente, tem uma produção muito maior do que a da Câmara, né, em termos de cobrança, né. Então, e a Câmara não cobra nada. Porque eles são amarrados, o prefeito os amarra, né. eles ficam na dependência das benesses que o executivo pode fornecer pro vereador, o vereador tenta mediar as coisas pro eleitor, com isso aí eles terem voto, eles terem votos na eleição.

Com a implantação do SUS, uma estrutura de gestão participativa foi organizada, em que Conselhos e Conferências de Saúde foram estruturadas nas 3 esferas de governo e atuam desde a formação de vontade política e definição de prioridades e diretrizes, até a definição das ações e controle da execução da política. Todavia, o Conselheiro 08 aponta que essa interconexão não existe da forma esperada e, em sua avaliação, grande parte dos problemas encontrados nos municípios se reproduzem no nível estadual:

Eu fui participante do conselho estadual de saúde por cinco anos, mas muito decepcionado porque o conselho estadual de saúde tem um presidente lá que é o presidente ou secretário geral às vezes, vice presidente que é o M que é vitalício né?! Então não muda e como não muda a composição do conselho é muito podre também, tem entidade representativa que nem existe e algumas entidades que representam os usuários não é de usuário como os conselhos de veterinária, conselho de enfermagem, conselho de medicina e eles não são, o conselho é um órgão regulamentador do estado né, então ele não é usuário (Conselheiro 08).

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais é regido pelo Decreto Estadual nº 45.559, de 3 de março de 2011. Em alguns aspectos acompanha o disposto no Decreto Federal nº 5.839, de 11 de julho de 2006, que “dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde – CNS”. Assim,

¹⁵ LIMONGI, Fernando. A democracia no Brasil: presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. Novos Estudos - CEBRAP, São Paulo, n. 76, p. 17-41, Nov. 2006.

alguns aspectos nos chamam a atenção na organização do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais: no Conselho Nacional de Saúde o presidente é eleito pelos conselheiros titulares. Já no Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, o § 4 do artigo 4º do Decreto 45.559 estabelece que o presidente do Conselho será o Secretário de Estado de Saúde.

Por sua vez, o item II do artigo 3º do decreto estadual estabelece e discrimina quais as entidades e conselhos profissionais irão representar os trabalhadores e profissionais de saúde no SUS. As entidades que irão representar os profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, no Conselho Nacional de Saúde são escolhidas por meio de processo eleitoral realizado a cada três anos, conforme o artigo 4º do Decreto Federal.

A Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012¹⁶ do Conselho Nacional de Saúde aprovou em sua terceira diretriz que o presidente do Conselho de Saúde deveria ser eleito pelos seus membros em reunião plenária. Nesse sentido, o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, principalmente no que diz respeito à escolha do seu presidente, ainda reproduz uma lógica de funcionamento muito encontrada em municípios de pequeno porte, em que o secretário municipal de saúde ocupava a presidência do Conselho, além de cristalizar a representação política de determinadas instituições no caso das entidades que representam os profissionais de saúde.

Outro Conselheiro que também teve uma experiência com Conselho Estadual de Saúde é o Conselheiro 04. Este por sua vez, aborda alguns aspectos da organização do SUS que instituiu mecanismos de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre entes governamentais, como as Comissões Intergestores (Fleury, 2018), em que não há previsão de participação social e acabam sendo questionadas quanto a sua transparência na gestão, aplicação e pactuação dos recursos:

É tanto que eu participei do conselho do estado. Nós fizemos uma da macrorregião porque eu falei com ele **“vamos para nós consegui vencer a CIB, que está fazendo essa papagaiada, nós temos que criar um conselho dentro da região”**. O que o secretário fez? O que é que eles fizeram? Criaram um consórcio. Positivo? Do consórcio, criaram as cidades ao redor, não é isso? E o conselho não cresceu, não evoluiu. Como nós não pode ficar só Pirapora porque Pirapora é

¹⁶ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html

uma cidade polo. Nós recebemos gente de outros lugares. (Conselheiro 04).

A proposta do Conselheiro 04 é defendida por Campos (2018) como uma das estratégias que o autor propõe para superar o patrimonialismo e fragmentação da gestão do SUS, organizado em redes paralelas e com baixa articulação horizontal:

deveria ser uma organização com gestão compartilhada e participativa, com instâncias de deliberação previstas, já existentes, Conferências e Conselhos, acrescentando-se ainda a novidade das Regiões de Saúde, que deveriam ser comandadas não somente por um Colegiado Regional composto pelos municípios e pelo estado respectivo, mas também por Conselhos Regionais de Saúde, com a mesma regulamentação dos demais conselhos de saúde. Cada região deveria ter um Secretário Regional de Saúde, indicado pelos municípios em consenso com o estado (Campos, 2018 p. 39).

Neste cenário de gestão burocrática e fragmentada, em que os espaços institucionais que desenvolvem ações que afetam a política de saúde pouco ou não interagem, a figura do Ministério Público emerge como uma das principais instâncias de interlocução e a qual os conselheiros de saúde buscam recorrentemente para mediação e solução dos conflitos:

olha, o conselho tem um papel se ele não tiver associado as outras organizações sociais como o ministério público, o papel dele fica muito ineficiente porque se o conselho vai lá fiscaliza, apura e se ele não tiver em cima para poder acompanhar passa-se por cima. Tivemos dificuldade na outra administração, tivemos que no caso, A. que é o principal cabeça junto com C. eles tiveram que acionar várias vezes a questão do Ministério Público por questões que no próprio Conselho a gente não tinha voz para nós colocarmos em ata algumas irregularidades, cobrávamos, exigíamos mas ficava só na enrola e ai teve que acionar o Ministério Público em algumas ações que é um outro órgão fiscalizador” (Conselheiro 10).

Todos os conselheiros entrevistados citam situações e contextos em que precisam ou entendem a necessidade de acionar o Ministério Público, seja para acesso a documentos ou informações do poder executivo, seja para apurar denúncias recebidas da população ou feitas pelos próprios conselheiros. O que por sua vez não deixa de ser problematizado pelos próprios conselheiros

nós somos obrigados a informar o Ministério Público, que o Ministério Público é o fiscal da lei. Se existe a lei, ela tem que ser cumprida. Então, demora? Demora, porque hoje você sabe que a nossa justiça é lenta. O judiciário, ele tá abarrotado de ações, de processos, e com isso vai retardando, às vezes, uma liminar mais rápido, mas depender da circunstância, às vezes (Conselheiro 16).

Essa busca por instituições do Sistema de Justiça, além do evidente déficit assistencial que permeia o SUS e caracteriza o fenômeno da judicialização da saúde, aspecto que não será explorado aqui, aponta também para a busca por uma objetivação do litígio inerente ao dano político observado através da visibilidade que os que não têm acesso à assistência à saúde conseguem ao buscar o Conselho (Marques e Prado, 2018; Rancière, 1996).

Nesse sentido, é interessante notar como os próprios conselheiros, de alguma maneira, percebem que o denunciamento não alcança os resultados esperados e pode enfraquecer o próprio Conselho e sua legitimidade ante a população:

Só que havia esse entrave, a pessoa vai lá e faz a queixa, aí tinha certos conselheiros, que pegava aquela queixa, e levava pro Ministério Público. Pô, não é por aí, o que a gente tem que fazer? A pessoa fez a queixa? A gente tem que encaminhar primeiro pra secretaria, mas eles atropelavam, eles, primeiro eles levavam na promotoria, pra depois levar na secretaria. Então, não resolvia o problema de jeito nenhum, ficava travado. Então, a gente tem, nós tamo tentando mostrar isso pra população que tem outra forma, sim. Leva pro conselho, agora a gente conseguiu agilizar as queixas, entendeu? A pessoa chega lá, faz a queixa por escrito, aí no mesmo dia a menina já faz a, já tira a cópia, já encaminha pra secretaria. Então, já tá agilizando a solução dos problemas (...) então, isso aí criou esse, essa, esse receio da população em relação ao conselho. Porque eles tinham essa mania, de falar assim: a gente faz a denúncia, chama a polícia. Só que eles esquecem que a pessoa, a pessoa mais humilde, ela faz um BO, aí um dia ela vai ter que ir lá na delegacia. Ai ela já começa a pensar: mas se amanhã eu precisar, como é que eu vou fazer? Depois eu vou ficar marcada. Aí o que acontece? Aí o pessoal ia lá, a polícia chamava a pessoa, a pessoa ia lá e retirava a queixa. Então, não resolvia o problema dela e ficava nisso. Eu acho que depois que a gente começou a agir dessa maneira, e a partir do momento que eles deram condições do conselho tá funcionando, aí melhorou muito (Conselheiro 20).

Assim, a percepção que a maioria dos conselheiros entrevistados carrega sobre as interações com outras instâncias é que os Conselhos de Saúde acabam isolados do seu contexto político-social e político-institucional

o conselho tem que pensar em alguma coisa para integrar os poderes sabe? Para integrar as instituições de fiscalizações. Eu acho que o conselho podia criar até, uma das coisas que a gente podia fazer, é criar uma forma, que eu acho uma falha grande do conselho é que nós não temos um meio, o conselho não tem um meio de comunicação com a população, não existe um meio de comunicação

entre o conselho e a população. Eu acho que tinha que ter. O conselho foi um erro grave nós cometemos esses anos todos foi nós não termos feito isso e eu acho que o conselho devia fazer as reuniões dele nos bairros (Conselheiro 06).

Entendemos que a tarefa de “integrar os poderes” não compete somente aos Conselhos, como faz pensar o Conselheiro 06. A organização do Estado brasileiro desde a Constituição Federal de 1988 adotou a gestão participativa como forma de organização e gestão das políticas sociais, ainda que os gestores não tenham incorporado esses ideais democráticos no seu repertório cotidiano. Por outro lado, os próprios conselhos têm falhado em proporcionar maior visibilidade e publicidade de seus atos, assim como pouco têm atuado de modo a interpelar e estabelecer interações com outras instâncias que não os órgãos do Sistema de Justiça.

6.1.3 Espaço de aprendizagem e formação dos conselheiros

Alguns estudos sobre conselhos e conselheiros abordam o potencial de educação cívica e política desses espaços, como lugares de desenvolvimento de capital social que levariam a despertar e suscitar uma cultura cívica que fortaleceria a democracia (Santos et al., 2004; Cohn, 2003). Por outro lado, apontam que os conselheiros possuem um nível de escolaridade, renda e participação política acima da média da população (Coelho, 2004; Santos Junior, Ribeiro; Azevedo, 2004).

Nesse sentido, ante o nosso contexto de grande desigualdade social, diferenças e limitações no acesso a renda, trabalho e educação, os Conselhos de Saúde têm sido apontados como importantes espaços de aprendizagem e formação de seus atores. Ainda que seja permeado por contradições e limitações.

Vasconcelos (2009) problematiza algumas dessas contradições e limitações a partir do debate sobre a participação na saúde e seu foco centrado em sua dimensão de reorientação do planejamento e da gestão pública, em que pouco se discute a participação na reorientação das práticas cotidianas de saúde.

O autor chama atenção para o fato de que as pautas sobre participação em saúde, centradas no planejamento, gestão e financiamento, exigem um sofisticado e amplo conhecimento sobre normativas e legislação para a construção de um posicionamento. O que além de demandar uma atualização constante por parte dos conselheiros, esse conhecimento burocrático tem sido pouco efetivo na garantia de acesso à saúde, assim como tem caracterizado certo desânimo com o processo participativo (Vasconcelos, 2009).

Entre os conselheiros entrevistados no nosso estudo, observamos uma demanda constante por cursos de capacitação e formação de conselheiros. Alguns ressaltam as dificuldades que tiveram ao assumir seu papel como conselheiro e o pouco conhecimento formal ou sobre a política de saúde que tinham até começarem a participar do Conselho. Outros destacam a complexidade e quantidade de normativas e legislação que permeiam o SUS e a falta de preparo e capacitação de muitos conselheiros ante todo esse arcabouço normativo.

Em linhas gerais, observamos que a experiência nos Conselhos de Saúde tem sido destacada como um importante meio de acesso a conhecimento e inclusão política, como também tem possibilitado que as classes populares, sem acesso ao conhecimento formal e domínio ou expertise sobre o “controle social” acabem sendo alijadas desses espaços.

O Conselheiro 18, por exemplo, destaca o tempo necessário para entender o funcionamento do Conselho, assim como para compreender a política de saúde:

Eu demorei a entender, entendeu? Demorei a entender o que era o conselho de saúde, a política de saúde em si. Entendia, até então a gente sabia, né, entendia, ouvia falar em saúde, né, mas é, é como se fosse a saúde de si próprio, entendeu? Mas com o tempo no conselho, não. Você vê que a gente passa a entender a saúde em geral (Conselheiro 18)

Em grande parte, a demora em compreender o funcionamento do Conselho e a legislação do SUS está no fato de que, como aponta o Conselheiro 15, “a legislação (...) é muito ampla, né, e a partir daí, pra ele entender também o funcionamento do SUS em si, porque, é, o conselheiro entra no escuro lá no conselho, ele, mesmo o pessoal das direções dos conselhos não sabe o que tem que fazer”. Dessa forma, a demanda por capacitação e formação caracteriza-se num processo pouco efetivo, em que os conselheiros não têm condições de realizar:

essa parte administrativa do Conselho, de ação dos conselheiros tem que ser passado através de curso de capacitação, **mas não é esses cursinhos que eles fazem sábado e domingo, não. Isso aí tem que ser uma semana inteira.** Nós vimos naquela rodada de, que a Universidade fez ali, muita coisa foi esclarecida, né, pros conselheiros. **Pena que era poucos que iam lá, 7 ou 8, assim mesmo, alguns faltaram.** Então, aquelas rodadas foram importante, que mostrou, **mas o presidente pegou o CD e não deu andamento naquilo, ele falou que queria falar pro conselho, mas até hoje não falou nada** (Conselheiro 15).

Por outro lado, a experiência de participação nos Conselhos é caracterizada como uma das poucas oportunidades de acesso a conhecimento ou inclusão política que alguns conselheiros têm:

Mais assim, sempre morei na roça e não tive aquela oportunidade de estudar então depois de velha, depois de quase cinquenta anos é que eu tive a oportunidade de estar entrosada no meio do povo aí e sempre aprendendo uma coisa a mais entendeu? Então eu acho que

eu, vai ver eu sempre tive uma vocação pra isso mais não tive oportunidade, a minha oportunidade chegou um pouco atrasada mais o pouco que eu passar a conhecer pra mim já está de bom tamanho (Conselheiro 23).

Já o Conselheiro 04 avalia e ressalta as oportunidades de acesso e formação a partir da experiência no Conselho:

No conselho, não só no conselho de saúde como ele me levou para os outros lugares, certo? (...) Conferências estaduais, conferências municipais. A experiência que nós temos (...), também é uma história que a gente tem, porque chegamos a participar de encontros em Brasília, na universidade, também viajei muito, aprendi demais, fiz vários cursos por esse país a fora (Conselheiro 04)

Ao passo que os Conselhos são considerados como uma instância que detém poder e influência política, ainda que, conforme vimos na seção anterior, estejam isolados dos processos decisórios da política de saúde, o fato da política de saúde ter como característica ser densamente institucionalizada e constituída por um complexo arcabouço normativo-legal, desenvolve uma demanda recorrente e frequente por capacitação e formação nos conselheiros, de modo que somente com essas capacitações se sintam efetivamente capazes de participar, entender e contribuir com a política de saúde.

Nos chama atenção a forma ambígua como os conselheiros têm tratado e observado essa questão. Oscilam entre a importância e necessidade de recursos técnicos e materiais para o desenvolvimento de suas ações, o que os colocaria em condições de igualdade com gestores e técnicos da saúde, e a reprodução daquilo que Chauí (2012) denominou de *ideologia da competência técnico-científica*¹⁷

O Conselheiro 02, por exemplo, questiona a competência e ausência de habilidades dos próprios conselheiros, manifestando que as classes e origens das quais fazem parte os conselheiros não os torna aptos a atuarem nessa instância:

Olha, se você pegar, por exemplo, (...) tinha eu não sei se era sete ou eram oito conselheiros, você percebia que os conselheiros eram muito fraquinhos para opinar, para questionar, tá certo? Mesmo porque

¹⁷ Marilena Chauí define ideologia da competência técnico-científica como “a afirmação de que quem possui conhecimentos científicos e técnicos está naturalmente dotado de poder de mando e direção. Iniciada na esfera da produção econômica, essa ideologia propagou-se para a sociedade inteira que vê, assim, a divisão social das classes ser sobre-determinada pela divisão entre “competentes” que, supostamente, sabem e “incompetentes” que nada sabem e apenas executam ordens” (Chauí, 2012 p. 154).

quem são os conselheiros? Representantes de classe, presidente da associação, entendeu? Representante da igreja cristã, católica, protestante né. Porque as vezes as pessoas não tinham habilidades necessárias (Conselheiro 02).

Já o Conselheiro 16 ressalta que sem os processos de formação e capacitação os conselheiros seriam facilmente manipulados. Entendidos como “vacas de presépio” por não terem tido treinamentos suficientes e não dominarem agenda e o repertório do controle social

A maioria dos conselheiros que tão ali, infelizmente, eles não foram treinados, não foram capacitados, não tem, não tem a mínima noção de que tá fazendo ali. Eles tão ali quase que, vamos dizer assim, vaca de presépio. “vamo aprovar? Vamo.” Aí todo mundo aprova. Agora a hora que você começa a questionar, inclusive, a discussão, a discussão lá dentro, porque? Acha que nós estamos, estamos incomodando. Não, nós tamo querendo saber, é justamente, a realidade (Conselheiro 16).

Obviamente que o desequilíbrio nas relações de poder, no acesso ao conhecimento e informações e a grande capacidade técnica necessária para interpretar a complexidade embutida nos processos de planejamento e gestão do SUS são aspectos reproduzidos que visam fortalecer e fazer prevalecer decisões e posicionamentos de gestores e do poder executivo. Isso implica na necessária fragilidade material em que os conselhos devem ser mantidos para que tenham cada vez menos acesso a recursos que possibilitem interpelar as decisões e direcionamentos da política de saúde.

Todavia, ao invés de interpelar esse desequilíbrio evidente ou tensionar a burocratização cada vez maior nos processos participativos, alguns conselheiros parecem reproduzir essa lógica, reforçando a ideia de que a política é, de fato, uma atividade para técnicos ou administradores e não uma ação coletiva de todos os cidadãos, dirigida de acordo com a universalidade de direitos (Chauí, 2012 p. 154):

Eu acho que teria que ser isso, teria que ser tipo uma provinha mesmo. Vamos fazer uma prova pra ver se você tem condições de ser conselheiro ou não. Porque, agora, tem muitas vezes, chega lá, uns conselheiros lá que leva umas pastinhas debaixo do braço, aí chega lá, aí na hora que começa a falar alguma coisa, ele puxa aquela pastinha lá, na hora que ele vai ver, “pô, mas essa lei, esse decreto foi revogado”. O cara não se prepara pra falar as cosias. Então é preferível não falar. Então a gente tem, igual quando eu tava na mesa,

fica mais difícil porque você estando na mesa, você quase que não participa do debate, né. Você fica muito atrelado. Agora, como eu sai da mesa, então eu tenho que ficar articulando com as pessoas lá atrás. “gente, vai surgir um assunto aqui, vocês têm que prestar atenção, pra gente não fazer coisa errada”. Porque tem uns caras que vai lá, e vai pela maioria, você levanta a mão, o cara vai junto, vai no impulso. Eu acho que não é por aí, não é preparado pra isso (Conselheiro 20).

Assim, seguindo Rancière (1996), e entendendo democracia como um modo de subjetivação política, em que a igualdade de qualquer ser falante precisa ser verificada constantemente, os Conselhos de Saúde acabam por colocar obstáculos à participação política quando deveriam promovê-la.

No caso específico da saúde, essa obstaculização à participação política imposta através da necessidade do domínio de um repertório conceitual e normativo, conformado em torno do “controle social”, não parece ser um aspecto recente. Ao contrário, parece ter origem no processo de implantação do Sistema, quando Giovani Berlinguer já questionava o excesso normativo configurado a partir do deslocamento dos representantes do Movimento Sanitário das ações educativas populares para a ocupação dos espaços institucionais:

Não quero criticar os amigos, mas a implantação do SUDS e toda a luta necessária na Constituinte podem ter levado a uma preocupação muito institucional, com risco de subestimar os problemas reais de saúde. Como provocação, sugiro avaliarem quantas páginas das publicações de saúde falavam, neste período, de regulamentações, legislações e instituições. (Berlinguer, 1989 apud Vasconcelos, 2009 p. 278).

A constante e crescente demanda por formação e capacitação dos conselheiros além de evidenciar os déficits estruturais e materiais a que estão submetidos os conselhos, também carrega consigo a transição de uma noção de participação comunitária, central no período de democratização e implantação do SUS, para a ênfase nos aspectos institucionais da reforma, traduzidos em questões como direito à saúde, papel do estado e financiamento, assim como na ênfase do “controle social” entendido como a “verdadeira participação” (Stralen, 2005; Vasconcelos, 2009).

Nesse sentido, sem perder de perspectiva a importância da transparência, da prestação de contas e do acesso às informações como elementos essenciais para uma gestão participativa e democrática, entendemos que nos processos de formação

e aprendizagem dos conselhos é cada vez mais necessário, como aponta Vasconcelos (2009), o resgate e construção de um ambiente de solidariedade e respeito aos valores e conhecimentos populares na construção e democratização da luta pela saúde.

6.2 Ser conselheiro

A participação política nos Conselhos de Saúde é operacionalizada a partir da representação política da sociedade civil, em um modelo de representação alternativo ao modelo eleitoral. Essas formas de representação política da sociedade civil nas instâncias de participação como os Conselhos têm sido discutidas por diversos autores (Lavalle, Castello e Houtzager, 2006a; Avritzer, 2007; Almeida 2011, 2012; Lüchmann, 2009; Borba e Lüchmann, 2010; Lüchmann, 2011)

Em nossas investigações sobre a representação política em Conselhos de Saúde, observamos que a interpretação dada por conselheiros para ao seu papel evidenciava tanto uma preocupação pelo fato de que suas ações incidem em um público mais amplo, de modo a alargar o seu entendimento como representantes de toda a população, mas também apontam e refletem o contexto de baixo associativismo, relações distanciadas das entidades, grupos e associações que representam, bem como ao papel atribuído a si e ao Conselho de Saúde (Rossi, 2013).

O que pudemos observar é o fato de que os conselheiros de saúde têm interpretado seu papel a partir da liderança que exercem em suas comunidades, da expertise adquirida ao longo de sua trajetória e experiência em diversos processos participativos e no entendimento construído sobre a política de saúde.

Assim, podemos aventar que os conselheiros de saúde, em grande parte, aprenderam o repertório e técnicas requeridas para militar, percebendo e reconhecendo os efeitos de suas práticas a partir dos processos de socialização no contexto das dinâmicas de filiação e participação em que estão inseridos, assim como as concepções e sentidos sobre participação e controle social na política de saúde (Oliveira, 2010).

Apenas dois dos conselheiros entrevistados em nosso estudo estão no seu primeiro ano como conselheiro. A grande maioria está no Conselho há mais de 05 anos ocupando essa função e existem aqueles que estão desde a fundação do Conselho, ou seja, há mais de 15 anos. Esse fato aponta para uma cristalização ou monopólio da representação política por determinados atores e os fatores que viabilizam esse contexto são diversos. Desde o baixo associativismo, passando pela “profissionalização” dos conselheiros, o esvaziamento dos Conselhos como uma

instância que exerce influência nas decisões sobre a política de saúde até as interferências de partidos políticos e representantes do poder executivo, são fatores que têm fomentado esse cenário (Stralen, 2006; Rossi, 2013; Pereira Neto, 2012; Ricci, 2010; Avritzer, 2016).

Como, então, esses atores interpretam e atribuem sentido ao seu papel e ao controle social, como avaliam e interpretam as interações que estabelecem (ou não) com as entidades que representam, os processos de subjetivação política inerentes ao contexto de gestão da política de saúde? Esses foram alguns dos questionamentos que nortearam nossa investigação e que iremos discutir a seguir.

A experiência como conselheiro (a) tem sido destacada como uma atividade que precisa ser desempenhada por pessoas com grande senso de solidariedade e empatia, mas que demanda um grande esforço e dedicação por ser um trabalho voluntário, sem remuneração, em defesa dos interesses de toda a população, como destaca da Conselheira 12: “e às vezes, tem coisas que impedem, mas eu falo: não! Às vezes eu deixo tudo organizado, mas eu falo: não, eu vou para reunião, eu vou para o meu trabalho voluntário”.

Essa perspectiva de um trabalho voluntário, que exige dedicação, comprometimento e um certo altruísmo é também destacada pelo Conselheiro 16

eu acho o seguinte, que a pessoa quando ela se propõe fazer um trabalho voluntário, ela tem que tá disposta, ela tem que ter tempo disponível, ela tem que trabalhar para o coletivo. E esquecer a sua particularidade, porque no nosso caso, nós fazemos um trabalho coletivo.(...) apesar da gente tá fazendo trabalho voluntário, eu acho que a gente tem que comprometer de fazer a coisa certa. Agora, se a gente não fizer, se amanhã a gente for responsabilizado, a gente não vai poder reclamar. Porque cabe a cada um, saber o que é certo e o que é errado (Conselheiro 16).

Além da falta de uma remuneração, a atuação como conselheiro é destacada a partir da responsabilidade que envolve tomar decisões que incidem sobre toda a população dos municípios em que estão inseridos e das dificuldades na rotina de funcionamento dos Conselhos:

Olha, não é fácil, não. Não é fácil ser conselheiro, não. Primeiro que você não ganha nada, né?! Você dispõe aquele tempo seu pra tá defendendo a saúde de uma população, querendo ou não, você

envolve, né milhares de pessoas (...). Então, te envolve de você tá defendendo aquela população, né?! Então, te envolve pra tudo isso.(...) Porque a gente vai, pra você ver, a gente vai pra uma reunião de 3 horas, em plena quarta-feira, muita gente trabalha o dia inteiro, às vezes vai em casa, às vezes não vai. Vai pra uma reunião de três horas, fica até dez, dez e meia da noite. É desgastante (...).(Conselheiro 18).

Assim, a medida que a rotina dos Conselhos permanece cada vez mais burocratizada, a expectativa de resultados vai sendo frustrada, população e conselheiros ficam desmotivados e desmobilizados em participar dessas instâncias:

Eu acho que o povo tá muito desiludido com tudo, entendeu? Justiça nossa, é uma Justiça muito morosa. Você, muitas vezes, você não vê uma atuação efetiva, né, do Ministério Público. E aí as pessoas, como já é um trabalho de relevância pública, um trabalho que não é remunerado, e você não encontra respaldo, aí a tendência é acomodar mesmo. Afastar, as pessoas dedicam tempo, né, parte do tempo, e não vê resultado, aí vai desmotivando (Conselheiro 17).

Mesmo assim, apesar dos desafios e limitações encontradas pelos conselheiros, o conselheiro defende que essa seja uma função voluntária: “eu acho que conselheiro tem que ser voluntário, se não vira aí igual a Câmara Municipal, uma guerra, mas o pessoal tá interessado mais é no salário” (Conselheiro 17).

As relações entre Conselhos de Saúde e Câmaras Municipais já foram abordadas em alguns estudos¹⁸ como um aspecto que envolve a dinâmica participativa, na qual conselheiros que ganham projeção em suas comunidades, se lançam a candidatos a vereadores, vereadores e partidos políticos exercem influência na composição dos Conselhos, por exemplo. Em nossas entrevistas, tivemos conselheiros que já exerceram mandatos como vereadores, que já se candidataram ou que têm essa pretensão.

Alguns conselheiros observam que muitos de seus colegas buscam o Conselho de Saúde como uma espécie de trampolim que daria projeção para os seus anseios e projetos eleitorais:

¹⁸ Ver Stralen, 2006 e Pereira Neto, 2012, por exemplo.

Não é raro a gente ver conselheiro se candidatar e tornar-se vereador (...) eu acho D. que a pessoa que tem esse espírito, por exemplo, ele já entra para o conselho para ser conhecido. Tem gente que gosta dessas coisas, por vaidade, já entra para falar assim “não, eu vou... eu vou crescer aqui, eu vou me tornar conhecido”, né?! (Conselheira 12)

O Conselheiro 13, por exemplo, aborda essa questão colocando sua atuação no Conselho de Saúde como uma espécie de etapa para um compromisso “mais sério”, como ele mesmo classifica:

eu tinha vontade mesmo de seguir essa carreira porque às vezes no futuro eu penso mesmo em também partir pra uma... pra um compromisso mais sério. Às vezes, um vereador, às vezes, um prefeito e... eu pretendo conhecer bem o sistema pra depois encaixar num serviço bom, proposta política assim (Conselheiro 13).

Dessa forma, ser conselheiro está ancorado numa definição difusa que transita entre um trabalho voluntário que requer dedicação, senso de solidariedade e certo altruísmo, mas com pouco reconhecimento e efetividade, em que as ações se caracterizam por acompanhar, monitorar e fiscalizar as ações do poder executivo:

A tarefa nossa é essa mesmo, a gente tem que participar de tudo, a gente sempre tem que estar participando do conselho é... e assim a gente, nós temos todo o direito de aceitar ou não aceitar os projetos. Porque eles deixam bem claro pra gente que se sair um projeto e nós acharmos que não é bom e a gente não querer assim também não é obrigado a assinar nada e a gente vai fazer uma coisa que é bom. E eu acho assim, que lá todos os conselheiros por mais que é caladinho porque tem uns que falam mais, tem uns que reclamam demais, tem outros que reclamam menos, mas é sempre assim né. Mas eu acho que assim, as nossas tarefas lá é isso, é estar ajudando a divulgar esse procedimento (Conselheira 01).

“monitorar as ações do, as ações da política da Secretaria de Saúde... é, averiguar as situações do dinheiro público mesmo, em resumo, (...) essas orientações, esse monitoramento, saber o quê que tá acontecendo com a saúde pra ele mesmo ter uma explicação pra dar pra população, porque ele, na maioria das vezes, ele representa a população né, ele precisa saber, ter conhecimento do que tá girando em torno da saúde, essa é a função maior, é averiguar a situação da saúde, o quê que tá acontecendo” (Conselheiro 14)

Na próxima seção abordaremos mais detalhadamente essas definições e como elas orientam as ações e interpretações dos conselheiros sobre seu papel.

6.2.1 Papel do conselheiro

Os Conselhos de Saúde são instâncias definidas em lei e regulamentadas, quanto ao seu funcionamento, através de resolução do Conselho Nacional de Saúde. A lei¹⁹ que instituiu os Conselhos definiu que eles deverão atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 1990).

Atualmente, os Conselhos de Saúde estão regulamentados pela Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A atual regulamentação buscou atualizar o funcionamento, instituição, reformulação, reestruturação dos Conselhos à luz dos debates em torno da participação e controle social desenvolvidos desde a inscrição dessas instâncias na implantação do SUS, bem como no contexto das normativas e legislações aprovadas ao longo desse período²⁰.

Como já apontado anteriormente, a instituição dos Conselhos e a inscrição da participação social na gestão da política de saúde desenvolveu-se a partir da transição, não linear, de uma concepção de participação comunitária ao controle social, compreendido como controle público exercido pela população sobre as ações do Estado (Stralen, 2005; Kind et al 2011; Rossi, 2013).

A partir dos governos Lula, o Ministério da Saúde começa a dar ênfase a uma perspectiva de “gestão estratégica participativa” nas políticas públicas. Com um forte discurso ancorado na democracia participativa, que caracterizou os governos do Partido dos Trabalhadores desde o final dos anos de 1980, o debate começa a ser deslocado para uma concepção de participação social fortalecendo o papel dos Conselhos e demais instâncias e mecanismos de participação em uma postura mais propositiva na elaboração de estratégias e formulação de políticas públicas e não mais apenas no exercício do controle público das ações do executivo (Stralen, 2005; Ricci, 2010; Avritzer, 2016).

¹⁹ Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

²⁰ Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 e o Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, por exemplo.

Nesse sentido, no âmbito do Ministério da Saúde é criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa²¹ e em 2007, através da Portaria nº 3027, de 26 de novembro daquele ano, é instituída a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS. A concepção de gestão estratégica e participativa inscrita pelos governos Lula é a conjugação de duas concepções: “gestão estratégica” e “práticas participativas”.

Por gestão estratégica pressupõe-se

a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos (Brasil, 2009 p. 15).

As práticas participativas, por sua vez, implicam “na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros” (Brasil, 2009 p. 15).

Dessa forma, a gestão estratégica e participativa proposta e induzida pelo Ministério da Saúde a partir dos governos Lula vai se constituir

em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (Brasil, 2009 p. 15).

Nesse sentido, ao longo dos últimos 15 anos iniciativas de formação e capacitação de conselheiros e estruturação dos Conselhos de Saúde foram promovidas pelo Ministério da Saúde, em grande medida como forma de enfrentar os problemas enfrentados por essas instâncias e já sistematizados por Labra (2006), tais como: *publicidade do conselho e de suas ações; participação da comunidade; papel*

²¹ O atual governo extinguiu, através do Decreto 9.795 de 17 de maio de 2019, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A antiga Secretaria, na atual estrutura do Ministério da Saúde, foi substituída pelo Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, vinculada à Secretaria Executiva.

atribuído ao conselho; dinâmica de funcionamento interno; relação com o gestor e projeto político governamental; composição.

Estudos como os de Paiva (2014) e Stralen (2011) têm apontado, assim como já identificado por Labra (2006), que o papel assumido pelos Conselhos e reproduzidos pelos seus conselheiros ainda persiste como problema. Assim, os conselheiros, na maioria das vezes, agem como fiscais do poder executivo, poucas vezes assumem uma postura propositiva, e acabam seguindo um ritual de aprovação pré-definido que legitima a adesão ou não de programas e propostas gestados, principalmente no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde.

Dessa forma, diante desse contexto que marcou uma reorientação a partir da proposta de gestão participativa do Ministério da Saúde, buscamos compreender como os conselheiros e conselheiras entrevistados compreendem o seu papel.

Para alguns conselheiros, o seu papel está relacionado ao próprio entendimento da política de saúde e, a medida que essa compreensão é construída, dão a sua contribuição para o seu fortalecimento. É o caso do Conselheiro 01, por exemplo, que entende que o seu principal papel é procurar

entender cada dia mais, é sobre...sobre a gestão mesmo da saúde, né?! Como que é empregado os recursos que vem, se tão sendo bem empregados né?! Tá participando das prestações de contas né?! E o que a gente não tá entendendo a gente procurar entender direitinho porque, com que tá discutindo lá dentro né as...tudo isso que a gente às vezes é... a gente vê que não tá correto né?! Então, a gente tem que tá...o conselheiro é esse de cada dia mais procurar estudar e buscar cada vez mais conhecimento pra que não seja aquele conselheiro de só assinar uma ata, sem saber o que tá assinando né?! O quê que tem que tá discutindo (Conselheiro 01).

Assim como o Conselheiro 05, que entende o seu papel como algo que transita entre estar informado e acompanhando as ações de saúde:

é poder estar de alguma forma ajudando assim no funcionamento do desenvolvimento da saúde, até assim, do meu jeito de estar por dentro, de poder estar passando para as pessoas de resolver uma coisa... que pessoas está falando que é contrária é poder “não, não está funcionando assim, é assim” entendeu? Então eu acho que de alguma maneira eu estou também além de ouvir ali dentro, ajudando de alguma forma para esse desenvolvimento da saúde crescer cada

vez mais pra gente chegar em um ponto até que possa assim estar só crescendo. Eu fico muito feliz quando eu vou na reunião e “olha, vai vir um projeto, vai vir mais uma ambulância, a gente vai ter aqui uma farmácia, vai ter isso” eu fico muito feliz com isso. Então eu acho que isso também me leva muito a ter um interesse muito grande pra mim estar nesse grupo (Conselheiro 05).

Essas definições compreendem uma postura, defendida pelos próprios conselheiros, de estabelecerem uma relação menos conflituosa com os gestores locais:

Eu acredito ser distinguir e... analisar e... orientar talvez a popu... o governo na situação de ajudar a Secretaria de Saúde a trabalhar mais com o dinheiro, o orçamento, que muitas vezes é baixo. Trabalhar com esse orçamento, o conselheiro ele tem que ajudar a Secretaria de Saúde pra dar alguma melhora ao dinheiro, ao orçamento, orientar também, além de monitorar o que tá sendo feito com a Saúde, mas além de tudo auxiliar o secretário de saúde ou o chefe de Departamento de Saúde a trabalhar com a saúde da população assim mesmo, porque a gente não tá lá só pra é... **muita gente acha que a gente tem que chegar lá pro Conselho e tem que chegar lá e brigar e... buscar melhorar a saúde (...)** tem que unir as forças pra tentar melhorar a saúde junto, eu acho que o papel do conselheiro é esse. É auxiliar, saber distinguir, discernir o que é certo e o que é errado e apoiar o secretário de saúde nas ações, certo que... tem ações que a gente tem que distinguir o quê que é certo e o que é errado, **e a gente tá ali mais pro Conselho assim, pra ajudar mesmo, eu acredito que mais pra auxiliar... dando conselhos mesmo, como já diz o nome né, Conselheiro de Saúde, aconselhar o secretário de saúde a dar um melhoramento, uma melhora na área da saúde** (Conselheiro 13).

Ainda que essa postura mais propensa ao diálogo, evitando confrontações diretas, possa, inclusive, favorecer a abertura de um canal de diálogo com os gestores locais, nos parece estar muito mais relacionada a um esvaziamento do sentido da participação nos Conselhos:

atuação da gente é só mesmo pra participar do conselho. E eles são assim, tem conselheiros que exige de ir nos postos para conhecer e põe, pega no carro e leva... e eu não sou muito exigente não, eu quero saber é como se diz o outro, aquela panelinha se está funcionando, se está vindo dinheiro mesmo, o que estão fazendo com o dinheiro, se eles estão realmente empregando o dinheiro direitinho na saúde né?! Isso pra mim já está de bom tamanho (Conselheira 01).

Por outro lado, o conselheiro é compreendido como uma espécie de porta-voz ou intermediador das relações entre a população e os gestores locais, em que uma “pessoa comum” não conseguiria acessá-los:

Às vezes as pessoas não têm aquela liberdade de chegar para um secretário e falar. O secretário nem quer ouvir a pessoa, tá certo?! Eles entraram na sala deles lá, mas quando o conselheiro é que quer falar com ele, aí ele não tem como não me atender, tá certo?! Então, essa foi uma experiência, foi uma prerrogativa que eu ganhei, um crédito que tinha para falar com o secretário, para entrar na secretaria de saúde a hora que eu bem entendesse, está certo?! Que eu não ia extrapolar também, tá certo?! Mas para chegar e levar o questionamento da população (Conselheiro 02)

Tal função acaba não sendo desempenhada apenas para manifestar ou conversar com os gestores, é usada também como forma de garantir acesso ao direito à saúde, numa espécie de *advocacy*:

as pessoas me procuram e já sabem onde é a minha casa, tem o meu telefone “X. está acontecendo isso e isso” eu saio, vou e resolvo o problema. Eu queria que esses hospitais não precisassem da minha presença, não. Se sabe que é lei, porque que não faz? Desde quando eu chego como pessoa comum eu não sou ninguém, hora que eu falo sou conselheiro as portas se abrem, sendo que é uma coisa tão fácil de ser resolvida (Conselheiro 07).

Ainda que em alguns casos os conselheiros não estejam identificados com aqueles que não têm acesso a esse direito

E para mim, o mais importante de ser conselheira da saúde, **é defender o povo, né?** Às vezes a pessoa fala “você não usa”, eu falo “é, não uso porque meu marido né, é empregado e ele tem um plano de saúde muito bom, não é? E eu como professora, também tem o IPSEMG, mas se tivesse necessidade, **eu ia também para a fila para ser uma usuária, né?** Mais assim, **eu defendia o usuário, né? Ir pra postos de saúde para ver como é que estava o atendimento. Às vezes, as pessoas não têm a informação dos direitos que eles têm, né?** (Conselheira 12).

Alguns conselheiros assumem como seu papel uma função pedagógica ao “traduzir” a complexidade do sistema de saúde para a população

aí, eu também sento com eles e explico: ó, nós temos que, por isso que eu falo da atenção básica, né?! Nós temos que dá atenção na parte da saúde básica, né?! Da atenção básica de saúde. Porque? Pra resolver aqui embaixo, pra que você não tenha problema lá cima,

né?! Então, com isso, a pessoa volta, esquece daquele problema que ela teve em relação à UPA, ao atendimento, pronto-atendimento, né?! E volta com aquela ideia da atenção básica, realmente. Aí, ela vem e reclama: é, realmente, o posto não tem isso, não tem médico, não tem medicamento, né?! Há o atraso, há pouca, as poucas fichas de atendimento, né, do médico, a pessoa lembra daquilo, começa a raciocinar, fazer um exame de consciência dela própria, fala: não, realmente. Já tive várias pessoas que falaram isso: ô M., realmente, se, a não ser um acidente que aconteça, mas um problema nosso, se for medicado lá embaixo, através da atenção básica, a gente não necessita disso. Então, eu acho que, pelo menos na parte que eu conversei com o pessoal, eles, a gente começa, eles começam a compreender disso, que a atenção básica é uma área muito, que tem que ser muito bem vista (Conselheiro 19).

Todavia, conforme o próprio relato do Conselheiro, ainda que a população consiga entender a atenção primária como a coordenadora do cuidado, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, os poucos recursos e as dificuldades de atendimento que a população encontra, independentemente de onde procure atendimento, faz (re) emergir a fiscalização do executivo como principal papel do conselheiro: “eu acho que o papel (...) hoje, é fiscalizar, né?! Fiscalizar, realmente, como tá sendo feita a saúde (...), como ela tá sendo gerida, né, e tá lutando pra melhoria, né?!” (Conselheiro 19)

Dessa forma, ainda que o discurso da fiscalização assuma um aspecto propositivo, encontra barreiras impostas pela falta de vontade política do poder executivo em adotar uma gestão participativa, traduzida na manutenção das condições precárias e/ou falta de recursos para os Conselhos:

olha, a tarefa mais importante que eu acho, o nome já diz: conselho. Pra aconselhar. Hoje nós temos um prefeito e nós temos um gestor. Então, nós temos que tentar seguir aquela meta ali, que é objetivo da saúde, para a melhoria da saúde. Então, nós tamo ali pra aconselhar e fiscalizar. Traçar diretrizes ao município, ao secretário municipal de saúde, né, fazer um intercâmbio, pra saber o que que é importante, o que é prioridade. Mas só que isso às vezes não acontece. Nós, como conselheiros, às vezes a gente tem que ficar cutucando, pede documento aqui, pede documento ali, nós tamo tentando acompanhar o básico ali. E às vezes falta assessoria, uma assessoria contábil, uma assessoria jurídica, né, pra poder dar mais, como se diz, condições da gente tá fazendo nosso trabalho. Então às vezes você fiscaliza, você encontra irregularidades, e aquilo ali você vai passando, entendeu? A quem de direito, mas só que às vezes, morre em determinado local, você não tem uma resposta (Conselheiro 16).

Podemos destacar, portanto, que o sentido atribuído ao controle social e o papel do conselheiro tem orbitado em torno de duas concepções. De um lado o entendimento que pode ser resumido pela definição apresentada o Conselheiro 06:

É a tarefa mais importante eu acho que o conselheiro tem que ter conhecimento de causa, de o que ele está fazendo lá e quais são as suas atribuições pra ele saber exatamente o que tem que ...qual que é a sua função então, se tem as portarias lá que deliberam que determinada situação ela é resolvida assim e assim e assado, se o conselheiro ele tem que saber disso, ele tem que conhecer essa...e tem que saber quando é colocado um assunto “nós queremos criar uma política de saúde em determinado bairro”, bom lá é o lugar mais importante para fazer isso? Lá vai trazer benefício? A prioridade é isso agora? Ou nós podemos pegar e aplicar em outro lugar e aí propor uma alternativa diferente ou propor mudar uma situação ou lugar e tal. Eu acho que é a atuação, essa atuação de você propor mesmo política pública eu acho que o forte, o importante do conselho, o cargo chefe do conselho é você propor política pública, políticas públicas que não sejam vinculadas a um grupo de pessoas restrito, é você perceber quando aquilo está sendo proposto para isso ou para beneficiar um grupo e você então ter uma posição radical contra mesmo e não permitir que isso aconteça. Você pensar na sociedade como um todo né (Conselheiro 06).

Por outro lado, é a reprodução de um discurso em torno da concepção do controle social, que atrela ao conselheiro o papel de fiscal das leis: “é ficar por dentro das portarias, das normas, que tá sempre mudando. E acompanhar, né, os números do conselho, as metas, né?!” (Conselheiro 17). Em grande parte esse discurso é reforçado pelos cursos e capacitações oferecidas para os conselheiros: “então, na maioria a gente usa assim, eu vou mostrar pra vocês aqui, isso aqui foi do curso que fiz de capacitação, e a gente trabalha em cima disso aqui: a coletânea de normas para o controle social do SUS e a legislação do SUS, que tem as leis federais, estaduais e municipal. Entendeu?” (Conselheiro 24).

Nesse sentido, o que temos observado é a reprodução de um repertório “conselhistas”, construído em torno da noção de controle social e a partir dos anos e experiências adquiridas nos processos participativos:

A função do conselheiro, ah meninas se eu soubesse. Eu não sei de cor, na prática ele deve participar das reuniões, se ele for membro de uma comissão ele deve né exercer o papel e a comissão funciona

assim, igual a de finanças, hoje mesmo já tive uma reunião oito e meia da manhã. Então, dependendo do assunto você vai pegar o material que você tem que participar, da sua colaboração e ir atendendo, de acordo com a necessidade você vai desempenhando a sua atividade né?! Porque além de ser é membro de uma comissão você pode, né, dependendo do assunto que aparecer, você pode ser chamado e pode ser chamado... e fora isso cada um tem uma representação, por exemplo, tem os usuários então cada um vem de uma entidade, então por exemplo, hoje eu represento a associação dos servidores da universidade de Viçosa. Então o papel da gente é ouvir os usuários, levar, estar atento as reclamações, as reivindicações né, os elogios também lógico. Mas então a gente tem que atuar, além de participar da reunião do conselho, o conselheiro deve voltar lá na sua base (Conselheira 26)

Em grande parte, esse repertório “conselhistas” é autorreferente e pouco tem promovido interesse ou inclusão política nos processos participativos da política de saúde. Na próxima seção buscaremos analisar a relação entre conselheiros e as suas “bases”, buscando compreender se essas relações têm promovido alguma irrupção que coloque em questão a pretensa igualdade no direito de todos os cidadãos à saúde.

6.2.2 Representação Política

Com base nas entrevistas realizadas, podemos constatar que os conselheiros de saúde que fizeram parte do nosso estudo são oriundos basicamente de três experiências participação: sindicalismo, associativismo comunitário e militância em partidos políticos.

A relação ou inserção desses atores na política de saúde varia entre o fato de atuarem em entidades que têm representação política assegurada em lei no Conselho de Saúde e o fato de buscarem entidades que para se inserirem no CMS. Nesses casos, os conselheiros foram convidados a integrarem o Conselho pelo presidente do CMS e outros conselheiros, por exemplo, assim como por iniciativa própria em se engajar nos processos participativos da política de saúde em função de experiências pessoais com falhas e descasos na assistência à saúde.

A grande maioria dos conselheiros entrevistados têm mais de cinco anos atuando nesse papel, alguns chegando a mais de 20 anos. Entre os fatores dessa longa permanência, além de alguns já mencionados ao longo do texto, estão o fato de que algumas entidades terem representação garantida na lei municipal que instituiu o Conselho de Saúde, a pouca participação da população nas atividades do Conselho e o seu conseqüente não reconhecimento enquanto uma instância de influência na gestão da política pública, o contexto de baixo associativismo que marca algumas cidades, entre outros.

Em grande parte, os conselheiros entrevistados invocam os argumentos elencados por Lavallo, Houtzager e Castelo (2006a) para dar suporte e justificativa à legitimidade de sua atuação e representatividade junto às entidades que representam.

Sindicatos de trabalhadores, por exemplo, são algumas das entidades que acabam tendo sua representação definida na lei que instituiu o Conselho. Em grande parte, essa situação se deve ao engajamento e participação das classes trabalhadoras nos processos de redemocratização e apoio na instituição dos conselhos gestores. Assim, entidades sindicais, por exemplo, adquiriram o direito quase permanente de comporem os conselhos, sem, necessariamente, terem uma pauta própria:

Então assim, a questão de eu me tornar um conselheiro ela surgiu a partir das necessidades, desejos e anseios dos trabalhadores e que também era uma prerrogativa do próprio programa hoje do governo que o sindicato como uma entidade tão participativa em todos os eventos de, de...uma entidade hoje que ela representa uma classe tão grande como é os trabalhadores rurais, então ela adquiriu por si próprio, por si só esse direito né de participar desses é...como representante de movimento de classe, representando todos os conselhos da sociedade (Conselheiro 02)

A forma de indicação e os motivos pelos quais alguns conselheiros integram essa instância nos chama atenção: “bom, eu era presidente da ASUNSAMP, e aí acharam o povo pra vim colocar a ASUNSAMP também no Conselho Municipal de Saúde, aí o conselho aceitou e aí eu assumi como conselheiro porque a outra pessoa não quis assumir. E por isso eu estou lá até hoje” (Conselheiro 03).

Já o Conselheiro 06, representante sindical, começa a participar, ainda no processo de implantação do SUS, a convite de um outro colega, representando o sindicato em que militavam e com a saída desse colega ele assume o seu lugar:

ai no conselho, o M. tinha, apesar de a gente estar junto, mas ele era mais avançado nesses negócios, ele tinha um conhecimento melhor nesses negócios, ele era mais de ler entendeu? Então ele pegava e falava comigo “olha E., esse negócio do SUS ai que é da saúde e está sendo criado aí, esse negócio a gente tem que ocupar espaço nesse negócio ai porque se os trabalhadores ficarem sem representação lá nós, a gente fica para trás, o negócio não anda nada” e foi por isso que eu entrei, ai quando eu fui ver uma reunião e vi como que era e tal, ai na próxima oportunidade M. foi e...ele que era o representante dos trabalhares ele foi saiu e me colocou para representar os trabalhadores no lugar dele (Conselheiro 06).

Por sua vez, as divergências político-partidárias são o que leva o Conselheiro 19 a buscar uma representação no Conselho. Como o seu partido político é oposição ao governo municipal e ele preside uma entidade com representação definida em lei no Conselho de Saúde ele passa a ser conselheiro:

isso surgiu porque eu pertenco ao partido, né, e a nossa tendência não tava concordando muito com as políticas que tavam sendo feitas na área da saúde aqui em São João Del Rei. Então, através disso, com outros militantes do nosso partido, alguns companheiros nosso que não são filiados, e atuam na área da saúde, nós conversamos e como eu estava na condição

de presidente da entidade e a entidade, a Umes, tinha uma cadeira representante, como podia ter uma cadeira como representante (...) então eu comecei a conversar com eles, expor as idéias, tinha, começamos a conversar com grupo de alunos que também tava preocupado com a questão de saúde, resolvemos botar o nosso nome, né, como representante (Conselheiro 19).

Outra situação que nos chama atenção é a do Conselheiro 24, chamado pelo presidente para participar do Conselho “mais pra contar nas reuniões e ajudar nas fiscalizações”, acaba “achando” uma entidade que buscava uma pessoa para representa-la no CMS:

Isso foi por um convite, primeiro, que falou “ô V., eu tô vendo você ai no teu serviço, um serviço muito bonito, que é socorrer pessoas que tá aqui, mas você sabia que existe o Conselho Municipal de Saúde?” Eu disse não. Ele falou assim: “mas existe, e pra você fazer o que tá fazendo ai, você tem que ta por dentro das leis pra ver se realmente você pode e é capacitado pra isso”. Ai eu fui e falei pra ele assim: “vou fazer o seguinte, então, eu não vou te prometer de amanhã ir no conselho municipal de saúde, não. Mas eu vou no conselho de saúde pra mim tomar conhecimento do que eu posso e que não posso fazer.” Ai depois eu encontrei com esse que é o presidente atual do conselho, inclusive chegou aí agora, aquele magrinho ali. Ele chama A. Então ele falou assim: “ô V., o conselheiro S. falou comigo que você é uma pessoa que gosta de ajudar muito no hospital, que gosta de ajudar muito as pessoas, então a gente ta aqui precisando de pessoas assim como você. Você não ta afim de ficar aqui com a gente? E é mais um pra contar nas nossas reuniões e é mais um pra ajudar na nossa fiscalização. Tanto faz na policlínica, nos PSF e no hospital”. Eu falei assim: “uai, se o senhor me aceitar”. Ai eu tive o convite da doutora V., que é da rede feminina de combate ao câncer, entendeu. Ela faz preventivo, colo de útero, esses negócios todos. Ai ela falou assim: “você não quer representar a rede no conselho não?”. Ai eu falei assim: “ó, parece uma coisa, né, uma transmissão de pensamento”. Eu falei assim: “ontem eu fui no conselho, conversei com o presidente e ele me convidou pra participar do conselho, então hoje a senhora ta me chamando pra representar a entidade da senhora no conselho e eu vou com muito prazer”. Ai até hoje estou aqui. Todo ano mando um oficio pra ela, avisando que tem mudança no conselho e se ela aceita eu como representante. Ela diz: “não posso te perder nunca. Enquanto existir a rede feminina de combate ao câncer em Santos Dumont, você vai representar”. Eu acho que na rede feminina de combate ao câncer no estado eu sou o único homem que representa essa área das mulheres (Conselheiro 24).

Essas formas de indicação e representação nos Conselhos de Saúde, em que as entidades indicam representantes que não têm relação com a temática ou com a própria entidade, não acontecem sem a percepção e críticas pelos próprios conselheiros

Outra questão é porque as instituições que indicam, elas indicam assim, não tem um critério de indicação, não tem ...as instituições que tem representação no conselho ela não tem um critério e se você pegar hoje quem representa a ACI no conselho? Ai você vai lá e vê quem representa a ACI que você vê o que essa pessoa tem a ver com a ACI? nada, zero. Foi alguém que pediu o presidente da ACI pra indicar (Conselheiro 06).

Nesse cenário, em que conselheiros representam entidades que não conhecem ou das quais não participam do seu cotidiano e de conselheiros que são convidados para participarem do Conselho apenas para “contar nas reuniões ou ações de fiscalização” ou porque as próprias entidades precisam de representantes nesses espaços, a relação entre representantes e representados é caracterizada por um compromisso formal, esvaziado logo após a sua formalização:

igual a entidade que ele representa, ele não passa os problemas que tá acontecendo na saúde. Ele não passa para as entidades. Ele vai lá escuta, entra no ouvido e sai no outro, amanhã ele já esqueceu e pronto. Na próxima reunião ele vai pra lá e não tá entendendo nada. Eu acho que, então, a composição do conselho eu acho que tem essa falha. A universidade fez um trabalho muito interessante, foi naquela pesquisa, então eles constataram, que muita gente lá que nem sabe o que é conselho, que que significa, qual que é a atribuição. Ele acha que ser conselheiro é status, né, que faz bem pro ego dele e tá bom demais. Eu acho que não é por aí não. (...) porque, a, o que acontece, a entidade pensa assim: eu indiquei o cara, então, tá resolvido meu problema. Então não precisa, eles não cobram da pessoa e a pessoa também não se, não tem o compromisso de chegar lá na entidade dela e falar: o gente, tá acontecendo isso (Conselheiro 20).

Em alguns casos, o distanciamento entre conselheiros e entidades é “rompido” pela produção de uma prestação de contas burocrática e formal. Que no caso do Conselheiro 15 parece mais uma iniciativa dele do que interesse da entidade que representa no Conselho:

P: e assim, como é que é a relação, no caso a sua com a entidade que você representa? Como é que vocês organizam essa

C15: muito boa. Eu apresento relatório pra ela toda, depois das reuniões. Todas as reuniões eu faço um relatório do que aconteceu, sabe. Nunca antes, eles faziam isso pra eles. E acontece também representantes de outras entidades que também não apresenta relatório e, mas nunca fui chamado pra participar da reunião da diretoria em si, eu entrego pro presidente o relatório. E uma coisa que passa pra mim, que precisa e tal.

P: entendi. E você acha que essa forma, ela ...

C15: porque o acontece é o seguinte, a entidade tem que cobrar do representante dela uma participação no Conselho. Isso aí não acontece também. Isso aí a gente tinha que mudar a lei, e obrigar as entidades a cobrar um relatório do conselheiro a cada 3 meses, ou a cada 6 meses sobre as atividades dele, né. sobre o, a agenda das reuniões, né. o importante pra eles é a agenda, né (Conselheiro 15).

Em outras situações, os conselheiros buscam uma forma mais próxima de contato com o público que representam, mas a questão passa a ser a fragilidade da própria entidade:

a gente faz uma reunião, geralmente a gente faz a reunião de bairro, né. Seja lá de mês em mês, dois em dois meses, três em três meses. Quando a gente chama reunião também, aparece meia dúzia de pessoas. Então, a gente passa pra aqueles, e tenta ver se aquelas pessoas que estão ali, vão repassando aquelas informações. De alguma maneira, porque você sair batendo de porta em porta, de casa em casa, é difícil (Conselheiro 16).

Neste cenário, em que há um distanciamento significativo entre os conselheiros e as entidades que representam, em que muitos buscam as entidades com representação nos Conselhos para atuarem como conselheiros, o sentido da representação acaba sendo diluído em uma noção de que os conselheiros representam toda a cidade, ainda que de alguma maneira essa justificativa indique a preocupação que os conselheiros têm de que suas ações e decisões incidem em um público mais amplo, elas parecem apontar, de fato, o esvaziamento e perda de sentido desses espaços:

Então, às vezes, de repente, pode ser pela associação de bairro, no caso Fábricas, que eu moro, eu posso às vezes, representar outra associação, porque na realidade, o conselheiro, ele é

representante da cidade. Não exclusivamente do bairro. Como nós somos indicados pela associação, então não importa se eu vou representar a associação de bairro das Fábricas, ou se eu vou ta representando a cidade como um todo, ou então, na hora da escolha lá, de repente falta alguém, o fulano “ó precisa de um representante tal pra associação”. Quer dizer, eu acho que isso aí tudo é negociado lá, é conversado, entendeu? E se isso acontecer, geralmente, a gente pega um documento da associação indicando pra tal atividade (Conselheiro 16).

Dessa forma, como o conselheiro representa toda a comunidade, de fato, independe qual entidade ou associação ele vai representar, desde que ele consiga continuar no Conselho:

Eu acho que eu tenho que defender interesse de toda, da comunidade. Então, o que me levou a participar do conselho foi isso. Porque eu já era envolvido no sindicato. Então a gente sabia as dificuldades, mesmo sindicato o pessoal pagando já era difícil, agora imagina quem não tinha como pagar. Aí eu falei assim, “uai, então eu acho que tem que ter alguma coisa que a gente pode fazer”. Então, eu me interessei e não me arrependo não. Agora, hoje eu tô pela associação, mas como eu sou Vicentino, na próxima conferência, se tiver mais associações, mais representantes, eu pretendo ficar pela Associação São Vicente de Paulo, pela Sociedade, pra continuar no Conselho. Porque eu acho que tem, a gente tem muito a tá oferecendo. Igual a gente, o conhecimento que a gente tem, a gente pode solucionar o problema de muitos. Então, o que me levou foi isso. (Conselheiro 20).

Assim, a ausência ou distanciamento dessas relações acaba apontando para a manutenção dos arranjos consensuais que configuram a política de saúde, em que as três dimensões que caracterizam o processo de subjetivação política não têm encontrado espaço nos processos participativos em que os Conselhos de Saúde estão inseridos (Rancière, 1996; Marques e Prado, 2018).

O formato dos CMS, como apontado por Martinez e Kohler (2016) e Côrtes (2009), acaba favorecendo a presença de associações e entidades formais da sociedade civil. Ainda que a nova resolução do Conselho Nacional de Saúde tenha avançado na possibilidade de inclusão de novos atores e entidades, a atuação dos conselheiros tem se dado muito mais na busca por essas entidades como forma de garantirem sua permanência enquanto conselheiros, conformando uma categoria que Pereira Neto (2012) denominou de “conselheiros profissionais”.

6.2.3 Efetividade

Tradicionalmente nos estudos sobre os processos participativos, a efetividade da participação tem sido avaliada a partir da mensuração de duas dimensões: a qualidade do processo de participação e os resultados produzidos. Os desafios teórico-metodológicos para operacionalizar essas duas estratégias de mensuração são muitos. Como estabelecer uma relação de causa e efeito em contextos e processos sociopolíticos? Participação é um processo multidimensional, quais seriam os aspectos que conformariam, por exemplo, a avaliação sobre a efetividade dos Conselhos para os conselheiros? Aplicação de *surveys*, análise e contagem de resoluções e demais documentos produzidos pelos Conselhos foram e são algumas estratégias pensadas para se mensurar a efetividade (Pires, 2011; Vaz, 2011; Ferro, 2015).

No nosso caso, pensamos a efetividade a partir dos contornos da política de saúde. Aquilo que influencia e conforma os processos participativos e as expectativas, limitações e interpretações observadas pelos próprios conselheiros sobre suas experiências de participação.

Em linhas gerais, os conselheiros entrevistados apontam uma frustração com a atuação nos Conselhos. Esse sentimento de frustração é conformado pela rotina de trabalho nos conselhos, caracterizado por reuniões longas e cansativas, a constatação da pouca ou nenhuma influência do Conselho no direcionamento da política de saúde e a dependência do gestor. Outros ressaltam o papel do Conselho em dar transparência na gestão pública, mas há também aqueles que apontam que o conselho tem apenas realizado um ritual de legitimação.

A respeito da rotina burocrática e cansativa dos conselhos, destacamos as percepções dos Conselheiros 05 e 20, que oscilam entre a necessidade de aprofundamento de determinados assuntos, enquanto outros mais burocráticos que poderiam ser resolvidos em um tempo menor acabam tomando um grande tempo e energia do Conselho e seus conselheiros:

às vezes tem horas que eu fico até assim, que o conselho, ele fica assim, discutindo muita coisa e fica aquelas discussões muito cansativas e às vezes fica alguma coisa que podia aprofundar mais, sabe? Sobre isso mesmo, essas coisas de

planejamento, né?! Principalmente quando é coisas...quando é: serviço que, que..são...por exemplo quando tem essas ...esses (...) serviço pra ser implantado (...) que as vezes eles vão assim, votar no conselho, né, aquilo ali é.. parece que é mais assim, porque a gente queria mesmo que fosse.... que as vezes, aprofundar mais sobre (...) é...a gente vê, a gente tá assim, tá deixando a desejar (Conselheiro 05)

Por sua vez, o Conselheiro 20 destaca a necessidade de maior celeridade em discutir determinados assuntos e que o tempo gasto com os mesmos acaba afastando outras pessoas do cotidiano do Conselho:

porque igual, as reuniões são cansativas. Por quê? Porque tinha uns caras lá que eles iam pra tumultuar a reunião. Então tinha assunto que podia ser discutido em 10 minutos, o cara leva 3 reuniões pra discutir um assunto que não leva nada. Entendeu? Então, o pessoal, aquilo ali vai tornando uma coisa tão chata, que a pessoa larga: “Ah, não vou mexer com isso não, esse trem é muito enjoado” (Conselheiro 20)

As rotinas longas e cansativas das atividades dos conselhos, inclusive, têm sido apresentadas como um dos fatores que dificultam a oxigenação da participação: “Olha eu acho que assim, a participação do conselho assim, (...) eu mesmo fiquei esse tempo todo porque não acha pessoas que interessa sabe? Ir para o conselho lá acha que aquilo ali “ah não, esses trem é chato de mais tá participando disso aí” (Conselheiro 05).

Dessa forma, os conselheiros avaliam que a população tem perdido o interesse e não reconhecimento do conselho como uma instância de participação e inclusão política

Hoje, eu acho que o conselho, ele perdeu um pouco...a...a como que eu diria? O interesse sabe? Assim, de tá participativo. Então, a gente tá tendo muita, muita gente não vindo, não mostrando interesse por tá com vontade de ajudar. Eu não sei se é por causa da situação que a gestão está, entendeu? Eu atribuo a isso, entendeu? (...) já teve momentos muito bons, de muita atuação, muita participação, sabe? de brigar mesmo sabe? De brigar, de defender os interesses dos usuários, dos prestadores, dos trabalhadores, assim é...é muito, muito momentos muito bons sabe? (Conselheira 11).

Além da descrença em processos participativos como os conselhos, alguns dos entrevistados atribuem desmobilização em torno de outros processos participativos, o

que também impacta nos Conselhos: “porque as pessoas estão muito descrentes e às vezes fala que não quer participar de uma reunião de conselho, não quer participar de uma reunião de uma associação de bairro. Porque, às vezes, fala que não contribui nada” (Conselheiro 16).

Neste cenário, o Conselho não consegue desempenhar e executar as ações de sua própria rotina, em que o esvaziamento observado acaba conflitando com as realidades e dificuldades que o mundo “fora conselhos” impõem aos poucos que permanecem:

tem reuniões que não abre, não há quórum, né?! Você forma as comissões lá, as comissões não se reúnem, não funcionam, né?! Eu participei agora de duas comissões, uma de medicamentos e a outra da citologia. Eu trabalhei praticamente sozinho. Porque na hora que, porque eu tinha que visitar, por exemplo no caso da citologia, visitar o laboratório municipal, visitar o Projeto Mulher. E você vê, um se ofereceu pra ir, mas ele tem um problema que ele tem um hotel, trabalha até de madrugada, então ele levanta tarde, né?! A outra conselheira, também se ofereceu, mas ela é funcionária da saúde, trabalha num PSF de um distrito aí, então de manhã cedo ela não pode, né?! (Conselheiro 15).

A combinação de pouca participação, rotinas cansativas e a constatação de pouca influência tem feito com que conselheiros relativizem o poder de influência e direcionamento, muitas vezes ressaltados pelos conselheiros, na política de saúde: “o conselho ele é atuante, mas infelizmente ele não tem esse poder todo que a gente imagina, né?! O que pode fazer foi feito” (Conselheiro 07). Assim, acabam chegando à constatação de que a política pública ainda é muito centrada na figura dos gestores: “Para influenciar na política pública do município depende do gestor do município” (Conselheiro 10).

Há ainda algumas avaliações, a partir da descrença da população com os processos participativos, que chegam a apontar a constituição dos Conselhos como uma concessão dada à população

infelizmente as pessoas estão descrentes que isso não funciona “que? quem é conselho” eles esquecem que o conselho é uma simples parceria que nós conseguimos chorando, mendigando, com toda dificuldade na constituição de oitenta e oito de participar (...) isso é o mínimo, ainda estamos se arrastando (Conselheiro 04).

Por outro lado, a transparência na gestão pública é ressaltada como um avanço conquistado a partir da presença do Conselho, visto como um mecanismo de prestação de contas do poder público para a população:

Mudou, mudou muito. Mudou muito, porque antigamente não tinha essas coisas de conselho, né?! Prefeito governava, governava pra lá e não sabia nada do que estava se passando, o que que vinha, o que que tava sendo pago, o que que tavam pensando em comprar, o que que tava resolvendo. Agora não, agora a gente tá por dentro, qualquer coisa que alguém vier perguntar, a gente tá sabendo, a gente sabe, é passado pra gente, a gente pode explicar para as pessoas, né?! A gente pode explicar (Conselheira 21).

Todavia, ainda que os conselhos de saúde tenham proporcionado formas e mecanismos de prestação de contas e transparência na gestão dos recursos públicos, as interações no interior dessas instâncias não têm proporcionado perturbações na lógica consensual que marcam a política de saúde, seja por coincidirem com os interesses hegemônicos ou por caracterizarem situações vistas como inalteráveis (Marques e Prado, 2018):

olha, tá muito longe do ideal. Por exemplo, nós não temos um plano de saúde ainda, os relatórios de gestão, sempre, eu pelo menos nunca aprovei um relatório de gestão. Ou eu abstenho de votar ou voto contra, você entendeu? Porque o relatório de gestão não vem de uma forma clara. E o relatório de gestão, é, eu fui relator uma vez pra nunca mais ser. Eu recomendei que o relatório de gestão tinha que, não podia ser aprovado e ele acabou sendo aprovado com ressalvas. E essa questão de ser aprovado com ressalvas virou moda. Toda vez vai aprovar com ressalvas, e nunca que vai conseguir implementar, realmente, uma política de saúde se você não corrigir os erros (Conselheiro 17).

Dessa forma, assim como já apontado por Ricci (2010) acerca de outras experiências de conselhos de gestão pública, podemos aventar que nos Conselhos de Saúde que compuseram nosso estudo, as experiências de participação não têm ultrapassado um ritual ou processo de legitimação de propostas, programas e formulações geradas em outras instâncias ou pela tecnocracia pública.

7. Considerações Finais

Nosso estudo buscou identificar e analisar as interações de conselheiros de saúde com usuários do SUS, lideranças populares, associações, entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde e demais lideranças e instâncias políticas, buscando para isso compreender o sentido atribuído pelos conselheiros de saúde à proposta de cogestão da política de saúde, ao controle social e a análise dos processos de subjetivação política no contexto da política de saúde.

Discutimos, inicialmente, os Conselhos de Saúde a partir do enfoque dado por uma literatura que discute os Conselhos com base em referenciais da democracia participativa e deliberativa, bem como a partir de abordagens mais recentes que têm feito análises no contexto da pluralização das formas de representação política.

Ampliando o foco de análise, contextualizamos a inscrição dos Conselhos no âmbito do projeto da Reforma Sanitária e o processo de democratização na década de 1980, buscando problematizar as relações e conexões estabelecidas entre o projeto de reforma do sistema de saúde e suas relações com a democratização do país. Recorremos também ao pensamento de Rancière como estratégia analítica que nos possibilitasse um arcabouço teórico-metodológico que rompesse com a visão normativa e da lógica consensual que embasa as teorias da democracia participativa e deliberativa.

Com base na conformação das lentes analíticas que configuraram as estratégias teóricas e metodológicas adotadas, avançamos buscando responder aos nossos problemas de pesquisa. A opção, foi, portanto, por uma abordagem que nos possibilitasse acessar os quadros de sentido, concepções e interpretações elaboradas pelos próprios conselheiros.

Os Conselhos de Saúde foram pensados e inscritos na estrutura de gestão da política de saúde como uma instância política para democratização das decisões, inclusão política, transparência e controle público das ações do Estado.

Apenas após um processo de indução do Ministério da Saúde, em que o repasse de verbas aos municípios foi atrelado à existência dos Conselhos, é que os municípios brasileiros em sua totalidade passaram a contar com a presença desta

instância. Todavia, ainda que o repasse de verbas esteja atrelado à sua existência, não há muita clareza quanto às sanções pelo seu descumprimento, o que em alguma medida favorece os representantes do poder executivo que não compartilham do ideário democratizante que inscreveu os Conselhos no aparato de gestão do Estado de recorrerem à desidratação da estrutura de funcionamento necessária para que os CMS exerçam suas atribuições sem muitos constrangimentos. De tal modo que quando confrontados acabem, como apontam Moreira e Escorel (2009) recorrendo ao argumento fácil do ajuste fiscal ou ausência de recursos para manutenção adequada desta instância.

Por outro lado, ao mesmo tempo que os CMS podem ampliar a participação de novos atores e promoverem a inclusão política de grupos e sujeitos tradicionalmente marginalizados dos processos decisórios, estão inseridos em um contexto em que precisam disputar seus interesses e buscarem sua legitimação junto a outras instâncias e espaços (Moreira e Escorel, 2009; Tatagiba e Almeida, 2012).

Nesse sentido, conforme apontam Martinez e Kohler (2016) e Moreira e Escorel (2009), não há uma clareza e definição jurídica quanto a sua autoridade. A afirmação do caráter deliberativo dos Conselhos, ainda que esteja estabelecido que o chefe do poder executivo deve homologar suas deliberações, não há estatuto jurídico que defina responsabilidades, autoridade legal ou responsabilização dos CMS pelos resultados e impactos de suas deliberações.

O seu formato, ainda que atualizado pela nova resolução que regulamenta o funcionamento desses espaços, favorece a presença de associações formais da sociedade civil. Nesse sentido, o que pudemos observar é que muitas vezes as associações e entidades da sociedade civil mais organizadas não têm interesse voltados para o SUS e acabam servindo para a formalização da representação de conselheiros que já atuam há anos nesses espaços e buscam essas entidades como forma de garantirem sua presença no CMS, o que não implica em democratização e nem tão pouco em maior inclusão política.

Por sua vez, a própria política de saúde acaba por restringir o âmbito de atuação e possibilidades de influência dos Conselhos de Saúde. Devido à complexidade da política de saúde, seu denso arcabouço normativo-institucional e o papel de indução

assumido pelo Ministério da Saúde, os CMS acabam reduzidos ao papel de legitimar a adesão ou não a programas e ações definidas pela tecnocracia do SUS, como forma de que os municípios tenham acesso a recursos e financiamento.

Somado a isso, a segmentação do SUS, como apontado por Bahia (2018), também impacta o papel e atuação dos CMS, uma vez que decisões sobre compras, contratos e pactuações de serviços e ações de saúde ocorrem em instâncias como as Comissões Intergestores, que não contam com a participação social. Isso faz com que o papel dos CMS acabe reduzido e, na maioria das vezes, restrito ao exercício do controle social que também encontra suas barreiras e esvaziamentos (Vasconcelos, 2009).

Muitas vezes, o “sucesso” que se espera dos CMS não dependem exclusivamente dessas instâncias. Para que exerçam suas atribuições dependem da legitimidade e reconhecimento do próprio Poder Executivo, do Legislativo e do Poder Judiciário e Ministério Público. Em grande parte, são deslegitimados pelos legislativos locais em função dos arranjos políticos entre esse poder e o executivo. Por outro lado, a falta de estatuto jurídico é que limita a atuação e legitimidade dos CMS junto a outras instâncias. Assim, acabam restringindo suas ações ao controle social como forma de exercer algum controle sobre o poder executivo (Martinez e Kohler, 2016; Moreira e Escorel, 2009).

Essa tese foi iniciada no contexto da crise política que culminou com a derrubada da primeira presidenta eleita no país, atravessou o congelamento dos gastos públicos, incluídos o investimento no SUS, por vinte anos e está sendo finalizada com a ascensão da extrema direita ao poder no país.

Além do discurso racista, misógino e homofóbico adotado pelo atual mandatário^{22,23}, o atual governo tem envidado esforços para desmontar toda a arquitetura participativa organizada desde a redemocratização. Através de um decreto²⁴ foram extintas a Política Nacional de Participação Social e todas as

²² Solano, E. (2018). Crise da Democracia e extremismos de direita. São Paulo: Análise / Friedrich Ebert Stiftung Brasil; N° 42.

²³ Pinheiro-Machado, R. e Freixo, A. (2019). Brasil em transe: Bolsonarismo, Nova direita e Desdemocratização. Rio de Janeiro: Oficina Raquel.

²⁴ Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019 - Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal.

instâncias e espaços criados ao longo de décadas que não estavam instituídos por lei. Avesso à transparência, ao controle público e à democratização dos processos decisórios, o novo governo tem justificado a exclusão de toda a arquitetura participativa criada após a Constituição Federal de 1988 através do discurso da eficiência, celeridade dos processos e da contenção de gastos. Retórica comum e afeita a qualquer representante do poder executivo de um pequeno município avesso à democratização e controle público de suas ações.

O que percebemos ao longo de nosso estudo é que, praticamente desde as origens do CMS, faltam recursos, apoio político e a inclusão mais ampla nos processos decisórios e na definição da alocação de recursos. Em grande parte, problemas que carregam as marcas de uma sociedade ainda extremamente desigual, pouco afeita aos preceitos da democracia e com uma tradição autoritária muito presente (Martinez e Kohler, 2016; Fleury 2018).

Como apontam Moreira e Escorel (2009), uma saída seriam alterações na política de saúde de modo que os CMS participassem e tivessem mandato para interferir não só na aprovação ou não de programas, ações ou políticas gestadas em outros espaços, mas que pudessem interferir na definição do orçamento e na destinação e alocação de recursos. Que pudessem, como também apontado por Vasconcelos (2009), interferir e participar na definição e elaboração das políticas e programas de saúde a serem implantados nos municípios, ao invés de apenas participarem da legitimação de propostas já pré-estabelecidas.

De alguma maneira essas alterações na política de saúde se aproximam dos pressupostos do Orçamento Participativo, outra experiência de participação social gestada no contexto da redemocratização. Nesse sentido, as observações e análises de Ricci (2010) fazem-se pertinentes e necessárias para que não se reproduzam os mesmos erros cometidos com relação à proposta do Orçamento Participativo. Ou seja, é preciso ir além e possibilitar a redefinição das verbas de custeio, ampliar os limites previstos para investimento, pressionar os legislativos municipais para que adotem e legitimem as instâncias participativas e alterar o arcabouço normativo de modo que os CMS tenham um estatuto jurídico mais claro em termos de legitimidade e responsabilização pelos seus atos, assim como pelo descumprimento de suas determinações.

REFERÊNCIAS

Abers, R. N. & Keck, M. (2008). Representando a diversidade? Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. *Caderno CRH* (UFBA. Impresso), 21, 99-112.

Almeida, D. R. Metamorfoses da representação política: lições práticas dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil. (2010). In L. Avritzer (Org.). *A dinâmica da participação local no Brasil* (Vol. 3, pp. 129-174, Coleção Pensando a democracia participativa). São Paulo: Cortez.

Almeida, D. R. (2011). *Repensando representação política e legitimidade democrática: entre a unidade e pluralidade*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Almeida, D. R. Representação política e conferências: os desafios da inclusão da pluralidade. (2012). *Texto para discussão* (IPEA. Brasília), 1.750, 1-46.

Almeida, D. R. & Cunha, E. S. M. (2011). A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In R. R. C. Pires. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação* (Vol. 7, pp. 109-123, Coleção Diálogos para o desenvolvimento). Brasília: Ipea.

Almeida, D. R. & Cunha, E. S. (2012). As dinâmicas da representação: a complexidade da interação institucional nas cidades brasileiras. In LASA 2012 Congress. *Paper Archive...* San Francisco.

Almeida, C. & Tatagiba, L. (2012). Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serv. Soc. Soc.*, 109, 68-92.

Alvarez, S., Dagnino, E. & Escobar, A. (2000). Introdução: o cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos. In S. Alvarez, E. Dagnino & A. Escobar (Orgs.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras* (pp. 15-57). Belo Horizonte: Ed. UFMG.

Araujo, C. (2009). Representação, soberania e a questão democrática. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 1, 47-61.

Arretche, M. T. S. (2000). Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP.

Arretche, M. T. S. & Marques, E. (2007). Condicionantes Locais da Descentralização das políticas de Saúde. In G. Hochman, M. T. S. Arretche & E. Marques (Org.). *Políticas Públicas no Brasil* (pp. 173-204). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Avritzer, L. (2007). Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, 50(3), 443-464. 122

Avritzer, L. (2009). Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In L. Avritzer (Org.). *Experiências nacionais de participação social* (pp. 27-54, Coleção Democracia participativa). São Paulo: Cortez.

Avritzer, L. & Pereira, M. L. D. (2005, março). Democracia, participação e instituições híbridas. *Teoria & Sociedade*, especial, 14-39.

Bauer, M. W. (2007). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (6a ed., pp. 189-217, P. Guareschi, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Borba, J. & Luchmann, L. H. H. (2010). A representação política nos conselhos gestores de políticas públicas. Urbe. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 2, 229-246.

Campos, G. W. S. (2006). Efeitos paradoxias da descentralização no Sistema Único de Saúde. In S. Fleury (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha* (Vol. 1, pp. 417-442). Rio de Janeiro: Editora FGV.

Cardoso, R. C. L. (1994). A trajetória dos movimentos sociais. In E. Dagnino (Org.). *Os anos 90: política e sociedade no Brasil* (pp. 81-90). São Paulo: Brasiliense.

Carlos, E. (2015). *Movimentos Sociais e Instituições Participativas: efeitos do engajamento institucional no contexto pós-transição*. Belo Horizonte. Fino Traço.

Carlos, E. (2011). *Movimentos Sociais: revisitando a participação e a institucionalização*. Lua Nova, São Paulo, 84: 353-364

Carvalho, A. I. (1997). Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. In S. Fleury. (Org.). *Saúde e democracia – a Luta do CEBES* (pp. 93-112). Lemos Editorial, São Paulo.

Carvalho, G. I. & Santos, L. (1995). *Sistema Único de Saúde – comentários à Lei Orgânica da Saúde*. São Paulo. HUCITEC.

Castello, G., Gurza-Lavalle, A. & Houtzager, P. P. (2009). Organizações civis e representação política em instituições participativas no Brasil. In A. Cornwall. & V. S. P. Coelho (Orgs.). *Novos espaços democráticos: perspectivas internacionais* (pp. 139-156). São Paulo: Esfera Pública, Singular.

Charmaz, K. (2009). A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed.

Chauí, M (2012). Democracia e sociedade autoritária. *Comunicação & Informação*, v. 15, n. 2, p. 149-161, jul./dez. 2012.

Coelho, V. S. (2004). Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In V. S. Coelho & M. Nobre (Orgs). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo* (pp. 255-269). São Paulo: Ed. 34.

Coelho, V. S. (2007, jul.). A democratização dos Conselhos de Saúde. *Novos Estudos*, 78, 77-92.

Coelho, V. S. (2009). Conselhos de Saúde no Brasil: incluindo os excluídos? In A. Cornwall & V. S. Coelho (Orgs.). *Novos espaços democráticos: perspectivas internacionais* (pp. 55-76). São Paulo: Esfera Pública, Singular. 123

Coelho, V. S. & Nobre, M. (Orgs). (2004). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34.

Cohn, A. (1997). Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In S. Gerschman & M. C. T. W. Vianna (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade* (pp. 101-112). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cohn, A. (2003). Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 9-18.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 05 de outubro). Recuperado em 10 de abril de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Cortes, S. V. (2011). As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação* (Vol. 7, pp. 137-149). Brasília: Ipea.

Côrtes, S. M. (2009). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Costa, F. A. (2010). Pluralidade de movimentos sociais: politização de outras hierarquias sociais. In F. A. Costa. *Democratização social e pluralidade de sujeitos políticos: uma leitura a partir da Teoria democrática radical e plural* (pp. 20-53). Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Cunha, E. S. M. Conselhos de políticas e a especificidade da assistência social. (2009). In E. S. M. Cunha. *Efetividade deliberativa: estudo comparado de 2009 Conselhos Municipais de Assistência Social (1997/2006)* (pp. 120-183). Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Dagnino, E (1994). Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In E. Dagnino (Org.). *Anos 90: política e sociedade no Brasil* (pp. 103-115). São Paulo: Brasiliense.

Dagnino, E. (2004, out.). Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. *Política & Sociedade*, 5, 139-164.

Dagnino, E., Olvera, A. J. & Panfichi, A. (2006a). Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In E. Dagnino, A. J. Olvera & A. Panfichi (Orgs.) *A disputa pela construção democrática na América Latina* (pp. 13-91). São Paulo: Paz e Terra; Campinas, SP: Unicamp.

Dagnino, E., Olvera, A. J. & Panfichi, A. (Orgs.). (2006b). *A disputa pela construção democrática na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra; Campinas, SP: Unicamp. 124

Dantas, A. (2018). A Questão Democrática e a Reforma Sanitária Brasileira: um debate estratégico. In: Fleury, S. (org.) (2018). *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dryzek, J. & Niemeyer, S. (2008, nov.). Discursive representation. *American Political Science Review*, 102(4), 481-493.

Escorel, S. & Moreira, M. (2008). Participação Social. In L. Giovanella et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 979-1.011). Rio de Janeiro. Fiocruz.

Faria, C. F. (2010). Estado e organizações da sociedade civil no Brasil contemporâneo: construindo uma sinergia positiva? *Revista de Sociologia Política*, 18(36), 187-204.

Fleury, S. (1997a). A questão democrática na saúde. In S. Fleury (Org.). *Saúde e democracia – a Luta do CEBES* (pp. 25-41). Lemos Editorial, São Paulo.

Fleury, S. (Org.). (1997b). *Saúde e democracia – a Luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo.

Fleury, S. & Ouverney, M. (2008). Política de saúde: uma política social. In Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. In L. Giovanella et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 23-64). Rio de Janeiro. Fiocruz.

Fleury, S. et al. (2010). Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, 28(6), 446-455.

Fleury, S. (2014) *Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde*. Rio de Janeiro. Fiocruz|Cebes.

Fleury, S. (2018). Revisitar a Teoria e a Utopia da Reforma Sanitária. In: Fleury, S. (org.) (2018). *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Gerschman, S. (2004, nov./dez.). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1.670-1.681.

Gerschman, S. (2004). *A democracia inconclusa: um estudo sobre a Reforma Sanitária brasileira* (2a ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gerschman, S. & Santos, M. A. B. (2006). O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *RBCS*, 21(61), 177-190.

Gohn, M. G. (2001). *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez.

Gohn, M. G. (2010). *Movimentos sociais e redes de mobilizações no Brasil contemporâneo* (2a ed.). Petrópolis, RJ : Vozes.

Gohn, M. G. (2011). Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. *Política & Sociedade*, 10, 233-244. 125

Grisotti, M. et al (2010). A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 831-840.

Guizardi, F. L. & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 797-805.

Gurza-Lavalle, A., Houtzager, P. P. e Castello, G. (2006), Democracia, Pluralização da Representação e Sociedade Civil. *Lua Nova*, (São Paulo), 67: 49-103.

Gurza-Lavalle, A., Houtzager, P. P. & Castello, G. (2006). Representação política e organizações civis – novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21(60), 43-66.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Municípios 2011*. Recuperado em 25 de outubro de 2012, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2011/default.shtm>

Jacobi, P. R. (2002). Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 443-454.

Kind, L., Stralen, C. J. & Gonçalves, L. (2011). A emergência de concepções de participação em saúde pública. In E. F. Rasesa, M. M. Castro & C. J. Stralen (Orgs.). *Psicologia social: ética, participação política e inclusão social* (pp. 19-38). Curitiba: CRV.

Labra, M. E. (2005). Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In N. T. Lima, S. Gerschman & F. C. Edler (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 353-383). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Labra, M. E. (2006). *Conselhos de Saúde. Visões "macro" e "micro"* (Vol. 6, pp. 199-221). Porto Alegre: Civitas.

Labra, M. E. (2007, dez.). *Existe uma política de participação e controle social no setor saúde?* Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Rio de Janeiro.

Landerdhal, M. C. et al (2010). Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciência & Saúde Coletiva* 15(5), pp. 2.431-2.436.

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990, 28 dez.). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e 126 sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 10 de abril de 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 19 set.). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 10 de abril de 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

Lüchmann, L. H. H. (2008). Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. *Caderno CRH* (UFBA. Impresso), 21, 87-97.

Lüchmann, L. H. H. (2009). Os sentidos da representação política nas instituições participativas. In 33 Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. *Anais...* Caxambu, MG: ANPOCS.

Lüchmann, L. H. H. (2011). Associações, participação e representação: combinações e tensões. *Lua Nova*, 84, 141-174.

Marques, A. C. S. e Prado, M. A. M. (2018). Diálogos e dissidências: M. Foucault e J. Rancière. Curitiba: Appris.

Martinez, M. G. e Kohler, J. G. (2016) Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Globalization and Health*, 12: 64

Miguel, L. F. (2011). Representação democrática: autonomia e interesse ou identidade e advocacy. *Lua Nova*, 25-63.

Moreira, M. R e Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3).

Ocké-Reis, C. O. (2012). *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Oliveira, W. J. F. (2010). A arte de resistir às palavras: antropologia, concepções culturais e militância política. In 34 Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. *Anais...* Caxambu, MG: ANPOCS.

Oliveira, W. J. F. (2010, jan./jul.). Posição de classe, redes sociais e carreiras militantes no estudo dos movimentos sociais. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 3, 49-77.

Paim, J. S. (1997). Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In S. Fleury (Org.). *Saúde e democracia – a luta do CEBES* (pp. 11-24). Lemos Editorial, São Paulo.

Pasche, D. F., Righi, L. B., Thomé, H. I. & Stolz, E. D. (2006). O paradoxo das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20, 416-422. 127

Pereira Neto, A. F. *Conselhos de favores: controle social na saúde: voz dos seus atores*. Rio de Janeiro: Garammond, 2012.

Pitkin, H. F. (1967). O conceito de representação. In Cardoso, F. H. & Martins, C. E. *Política & sociedade* (pp. 08-22). São Paulo: Cia. Editora Nacional.

Pitkin, H. F. (2006). Representação: palavras, instituições e idéias. *Lua Nova*, 67, 15-47.

Rancière, J.(1996). O desentendimento – política e filosofia. São Paulo: 34.

Rancière, J. (2014). O ódio à democracia. São Paulo. Boitempo.

Rancière, J. (2005). A partilha do sensível: estética e política. São Paulo: 34.

Rasera, E. F., Castro, M. M. & Stralen, C. J. (Orgs.). (2011). *Psicologia social: ética, participação política e inclusão social*. Curitiba: CRV.

Ricci, R. (2010). Lulismo – da Era dos Movimentos Sociais à ascensão da Nova Classe Média Brasileira. Brasília: Fundação Astrojildo Pereira.

Sader, E. (1988). *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Santos Junior, O. A., Ribeiro, L. C. Q. & Azevedo, S. (2004). Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In O. A. Santos Junior, L. C. Q. Ribeiro & S. Azevedo (Org.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil* (pp. 11-56). Rio de Janeiro: Revan, Fase.

Schönleitner, G. (2006). Between liberal and participatory democracy: tensions and dilemmas of leftist politics in Brazil. *Journal of Latin America Studies*, 38(1), 35-63.

Seidl, E. (2009). Disposições a militar e lógica de investimentos militantes. *Pro-Posições*, 20(2), 21-39.

Sposati, A. & Lobo, E. (1992). Controle social e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 8(4), 366-378.

Stralen, C. J. (2005). Gestão participativa de políticas públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. *Psicologia Política*, 5(10), 313-344.

Stralen, C. J. et al (2006). Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 621-632.

Stralen, C. J. (2011). Conselhos de Saúde: de que participação estamos falando? In E. F. Rases, M. M. Castro & C. J. Stralen (Orgs.). *Psicologia social: ética, participação política e inclusão social* (pp. 59-82). Curitiba: CRV.

Tatagiba, L. (2002). Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: E. Dagnino (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil* (pp. 47-103). São Paulo: Paz e Terra. 128

Teodoro, R. (2018). A Teoria Sanitária e o Momento Corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: Fleury, S. (org.) (2018). *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Urbinati, N. (2006). O que torna a representação democrática? *Lua Nova*, 67, 191-228.

Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, Sup. 2, 7-18.

Vasconcelos, E. M. (2009). Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: *Participação, Democracia e Saúde*. Fleury, S. e Lobato, L. V. C. (org.) – Rio de Janeiro: Cebes.

Vaz, A. C. (2011). Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In R. R. C. Pires (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação* (Vol. 7, Coleção Diálogos para o desenvolvimento) Brasília: IPEA.

Viana, A. L. D'Ávila & Machado, C. V. (2008). Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 645-684.

Young, I. M. (2006). Representação política, identidade e minorias. *Lua Nova*, 67.